

# EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA ANTE EL FINAL DE LA VIDA. PROPUESTA DE TALLER PARA PROMOVER UNA ATENCIÓN MÁS HUMANIZADA

---

Trabajo Fin de Grado – Enfermería



Universidad Pública de Navarra  
Nafarroako Unibertsitate Publikoa

**AUTORA DEL TRABAJO: MAIALEN ETAYO HUARTE**

**DIRECTORA ACADÉMICA: MARÍA ESTHER EZQUERRO RODRÍGUEZ**

**CURSO ACADÉMICO: 2019/2020**

---

**CONVOCATORIA: MAYO 2020**

La naturaleza se ajusta a las necesidades de cada individuo.

Si los ojos se apagan y ya no pueden apreciar la belleza de una nueva alborada, el tacto se afina y se hace cada vez más sutil.

*Helen Keller*

## RESUMEN

**Introducción:** Para un paciente con una enfermedad terminal el ingreso hospitalario lo convierte en un ser vulnerable. Como paciente se tiene derecho a recibir un cuidado individualizado, digno y de calidad. Es indispensable considerar a la persona de manera holística teniendo en cuenta las dimensiones físicas, emocionales, sociales y espirituales para dar un cuidado al final de la vida humanizado y alcanzar una muerte digna, tranquila y en paz.

**Objetivo:** Realizar un estudio y revisión bibliográfica de la atención de enfermería a pacientes con enfermedades terminales para la mejora del profesional enfermero/a ante la humanización del cuidado.

**Metodología:** Se llevó a cabo una revisión narrativa de la bibliografía en las bases de datos Dialnet, Pubmed, CINAHL y Sirius. Asimismo, se utilizaron páginas web y documentación en papel.

**Resultados:** Se seleccionaron 21 resultados que respondían al objetivo de la búsqueda. La deshumanización se produce por factores relacionados con los pacientes, los profesionales sanitarios y la institución sanitaria. De forma que para humanizar la asistencia se requiere intervención en aspectos muy variados. Desde nuestra profesión se requiere una serie de competencias y valores para conseguir un cuidado humanizado de calidad.

**Conclusión:** Enfermería es la responsable del cuidado durante la fase final de la vida y hacerlo de manera humanizada requiere ser competente en aspectos teórico-prácticos. Recibir un cuidado humanizado es un derecho de los seres humanos, y, en consecuencia, debería ser una prioridad de todos los profesionales de enfermería formarse en este campo.

**Palabras clave:** Final de la vida; Cuidados paliativos; Cuidados de enfermería; Humanización; Enfermería.

**Número de palabras:** 12.391 palabras.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** As a patient with a terminal disease be hospitalized is so worrying because they turn so vulnerable. Every patient has the right to receive an individuality, human and ethical care. Is essential to consider the person in a holistic way taking into account their physical, emotional, social and spiritual problems to give a humanized care at the end of life and achieve a dignified and peaceful death.

**Aim:** Make a study and bibliographic review about the nursing care in patients with terminal diseases to the improvement of the humanized care.

**Method:** A review of the literature is conducted in the following databases: Dialnet, Pubmed, CINAHL and Sirius. Furthermore, we used web pages and books.

**Results:** 21 results are included in this review. The dehumanization is due to different reasons where are implicated patients, sanitary professionals and sanitary institution. So that, it is necessary an intervention in so many different areas. As nurses, we must be competent and have values to achieve a quality humanized care.

**Conclusion:** Nursing is the responsible of the care at the end of life and doing it as most at humanized possible require to be competent in some facets theoretical and practice. Is a right of the human to receive a humanized care, so learning about this must be a priority to all nurse.

**Keywords:** End of life; Palliative care; Humanization of care; Humanization; Nursing.

**Number of words:** 12.391 words.

## ÍNDICE

1.	INTRODUCCIÓN .....	7
	Justificación de la figura enfermera en los cuidados paliativos .....	13
	Justificación personal .....	14
2.	OBJETIVOS .....	16
	2.1. Objetivo principal .....	16
	2.2. Objetivos secundarios .....	16
3.	METODOLOGÍA.....	17
	3.1. Diseño de Trabajo Fin de Grado .....	17
	3.2. Búsqueda bibliográfica .....	17
4.	RESULTADOS .....	21
	4.1. Factores que dificultan la humanización.....	21
	4.2. Acciones y estrategias para humanizar el cuidado .....	27
	4.3. Cuidado humanizado de enfermería en los cuidados paliativos.....	30
	Cuidados paliativos .....	30
	Cuidado humanizado de enfermería .....	32
5.	DISCUSIÓN.....	40
6.	CONCLUSIONES .....	43
7.	PROPUESTA TEÓRICA DE TRABAJO .....	44
	7.1. Introducción .....	44
	7.2. Análisis del problema .....	45
	1. Identificación del problema .....	45
	2. Identificación de la población objetivo .....	46
	7.3. Programación de las actividades .....	46
	7.4. Resultados .....	53
8.	AGRADECIMIENTOS.....	55
9.	BIBLIOGRAFÍA .....	56
10.	ANEXOS .....	62

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Defunciones de residentes España y Navarra según causa de muerte. Año 2018. Fuente: (Nastat, 2018; INE, 2018). [Modificada] .....	10
Tabla 2. Descripción de los componentes PICO. [Elaboración propia] .....	17
Tabla 3. Criterios de inclusión y exclusión. [Elaboración propia] .....	18
Tabla 4. Factores que dificultan la humanización. [Elaboración propia] .....	22
Tabla 5. Áreas y estrategias para humanizar. [Elaboración propia] .....	27
Tabla 6. Características de los cuidados paliativos. Fuente: (E. López, 1998; Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008; SECPAL, 2020). [Elaboración propia] .....	30
Tabla 7. Prevalencia de síntomas según patología en cuidados paliativos. Fuente: (Solano et al., 2006).....	31
Tabla 8. Aspectos que inciden en la comodidad del paciente. Fuente: (Astudillo et al., 2008). .....	37
Tabla 9. Necesidades de los enfermos en la fase final de la vida. Fuente: (Astudillo et al., 2008; E. López, 1998). [Elaboración propia] .....	38
Tabla 10. Cronograma para desarrollar el taller. [Elaboración propia] .....	48
Tabla 11. Planificación de la sesión 1 del taller. [Elaboración propia] .....	49
Tabla 12. Planificación de la sesión 2 del taller. [Elaboración propia] .....	51

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Número estimado de pacientes que reciben cuidados paliativos. Fuente: (OMS, 2014).....	12
Figura 2. Diagrama de selección de resultados. [Elaboración propia] .....	19

## 1. INTRODUCCIÓN

La humanización en los servicios de salud ha sido, es y será una de las mayores preocupaciones de gestores, profesionales y usuarios de los servicios sanitarios. Lo cierto es que la sociedad en la que vivimos es más humana respecto a épocas anteriores y es mucho más consciente de la importancia del respeto por la dignidad humana (J. C. Bermejo, 2014; Correa, 2016).

Encontrar la definición de humanizar no es tarea sencilla dado que implica muchos aspectos de la persona. La Real Academia Española otorga dos definiciones a «humanizar», la primera de ellas como verbo transitivo: “hacer humano, familiar y afable a alguien o algo”. Mientras que la segunda la define como verbo pronominal: “ablandarse, desenojarse, hacerse benigno” (RAE, 2020), adquiriendo un significado más reflexivo y personal de cada uno que sugiere una serie de palabras de carácter positivo como pueden ser cercanía, cariño y amabilidad entre otras.

Según José Carlos Bermejo (2014), experto en humanización de la salud, duelo y bioética, humanizar no es únicamente asistir cálidamente, sino que es más comprometido y se debe a la dignidad del ser humano. Humanizar la salud es (J. Bermejo y Villacieros, 2018):

...un compromiso ético de considerar a la persona en su globalidad. Y una intervención holística, global, integral, necesita de una particular capacitación de los agentes sociales en el ámbito de la inteligencia del corazón, de las habilidades para entrar en el mundo personal y particular de la persona a la que se quiere acompañar, identificar y movilizar en ella no solo los problemas y necesidades, sino el mundo de los significados, los recursos, las habilidades y los valores que pueden permitirle trabajarse a sí mismo y ser el mayor protagonista del proceso.

El hecho de ser humanos no nos convierte en seres que viven humanamente y, precisamente, es necesario vivir humanamente para conseguir humanizar nuestras acciones como profesionales de enfermería. Se trata de la búsqueda del equilibrio entre el bien según nuestros valores y los valores de quien tenemos enfrente. Y todo



ello requiere de un sacrificio que no es innato de los seres humanos (Bermejo et al., 2018).

En un contexto sanitario humanizado, el foco principal es la persona enferma, siendo considerada en su globalidad atendiendo las dimensiones psicológica, biológica, social y espiritual, porque todas ellas forman parte del ser humano y su cultura. La relación con las definiciones de la RAE es directa, humanizar el sistema sanitario significa hacerlo más familiar y digno de la persona humana, teniendo en cuenta y respetando sus valores para conseguir que la persona enferma se sienta más humana y en un ambiente que le permita estar más comfortable, y no tanto como parte de un negocio (Correa, 2016).

El paciente debe sentirse valorado y respetado por los profesionales sanitarios quienes se encargan de una atención holística e integral, centrándose en la persona y sin olvidar a la familia. Porque cuando una persona enferma se siente vulnerable y desprotegida frente a los demás y es ahí precisamente donde el papel de los enfermeros adquiere mayor importancia. Se convierten en los cuidadores principales del enfermo debiendo respetarle, preservar su dignidad y absteniéndose del paternalismo (Adiela, 2016; García, 2014).

Sigmund Freud dijo una vez que “la ciencia moderna aún no ha producido un medicamento tranquilizador tan eficaz como lo son unas pocas palabras bondadosas” (Subdirección General de Humanización de la Asistencia Sanitaria, 2016) y cuando una persona ingresa en un hospital espera, además de ser cuidado/curado, que la persona que le atienda sea humana atendiendo a la mirada, expresión, sonrisa, tacto, cercanía, escucha... Sin embargo, no basta con ser agradable, delicado y voluntarioso, es necesario el desarrollo de competencias enfermeras, de gestión y de comunicación entre otras, porque cada uno de los pacientes es diferente al resto y esa singularidad requiere que cada uno tenga sus propias respuestas, atendiendo a sus necesidades e inquietudes (Bermejo y Villacieros, 2013; Correa, 2016; Sánchez, 2015).

Esta búsqueda de un sistema sanitario más humanizado comienza a raíz del proceso de deshumanización que parte de convertir lo particular de cada paciente en

igualitario, en tratar a todos de la misma manera, abandonando e ignorando la identidad personal de quien atendemos. A menudo se compara con una atención despersonalizada en la que no tienen valor las propiedades de los seres humanos. Sin embargo, no es únicamente un aspecto relacionado con los profesionales que cuidan; la deshumanización de los sistemas sanitarios está condicionada por aspectos económicos, de gestión, falta de recursos... (Bermejo et al., 2013; García, 2014).

Durante el proceso de salud y enfermedad el ser humano es digno de merecer un cuidado de calidad, adaptado a sus necesidades. Por eso la humanización del cuidado debe darse en todas las unidades y etapas de la vida, desde las unidades de partos hasta las unidades oncológicas y de cuidados paliativos. Desde el principio de la vida, hasta el final (L. López, 2018).

El cuidado de enfermería se ha visto ayudado y mejorado por los avances tecnológicos y de investigación, tratan de mejorar y aliviar el proceso de enfermedad. Han supuesto un gran cambio en nuestros sistemas, sin embargo, la muerte sigue siendo inevitable. Gracias a esos progresos, lo que podemos conseguir hoy en día, es mejorar y aliviar el dolor que las enfermedades terminales provocan durante el proceso de muerte. Enfermedad terminal es aquella que no tiene tratamiento curativo o tratamiento con capacidad de frenar la evolución, y que por tanto tiene la muerte como final en un plazo de seis meses (SECPAL, 2020). Es un proceso progresivo, con sintomatología variada y multifactorial que provoca gran sufrimiento físico y psicológico en el paciente y la familia (E. López, 1998; SECPAL, 2020). Se trata de una etapa vital compleja y requiere una atención especializada e individualizada, adaptada a cada caso (Lozano y Huertas., 2017).

Se clasifican como enfermedades terminales los tumores malignos, SIDA, insuficiencia renal, cardíaca y respiratoria, enfermedades degenerativas del sistema nervioso central y pluripatologías geriátricas, entre otras (SECPAL, 2020). Según los datos obtenidos a través del Instituto Nacional de Estadística, 168.808 personas fallecieron durante el año 2018 por enfermedades terminales, el 39,47% del total (INE, 2018). En Navarra y según los datos del Instituto de Estadística de Navarra, durante el año 2018, se produjeron 5.819 fallecimientos, de los cuales 2.407 se

produjeron por las enfermedades mencionadas (enfermedades consideradas terminales). Todas ellas suponen el 41,36% de las defunciones en nuestra comunidad (Nastat, 2018).

**Tabla 1.** Defunciones de residentes España y Navarra según causa de muerte. Año 2018. Fuente: (Nastat, 2018; INE, 2018). [Modificada]

CAUSA DE MUERTE	Nº DEFUNCIONES ESPAÑA	Nº DEFUNCIONES NAVARRA
<b>Alzheimer</b>	14.927	345
<b>Diabetes mellitus</b>	9.921	127
<b>Enfermedades de la sangre</b>	1.730	28
<b>Insuficiencia cardiaca</b>	19.142	218
<b>Insuficiencia renal</b>	7.801	104
<b>Insuficiencia respiratoria</b>	2.148	20
<b>SIDA</b>	423	9
<b>Tumores</b>	112.714	1556
<b>TOTAL</b>	<b>168.808</b>	<b>2407</b>

Dado que casi de la mitad de las defunciones son por enfermedades terminales, conviene incidir en la importancia de los cuidados paliativos y en la calidad humana del personal que los practique. En principio, todas las personas con enfermedades terminales y en fases avanzadas de la enfermedad son susceptibles y tienen el derecho de participar en los cuidados paliativos, siempre y cuando la comunidad autónoma en la que se encuentren tenga servicios y recursos suficientes (Cotrim et al., 2017). La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2018) define los cuidados paliativos como aquellos que:

... constituyen un planteamiento que mejora la calidad de vida de los pacientes (adultos y niños) y sus allegados cuando afrontan problemas inherentes a una enfermedad potencialmente mortal. Previenen y alivian el sufrimiento a través

de la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento correctos del dolor y otros problemas, sean estos de orden físico, psicosocial o espiritual.

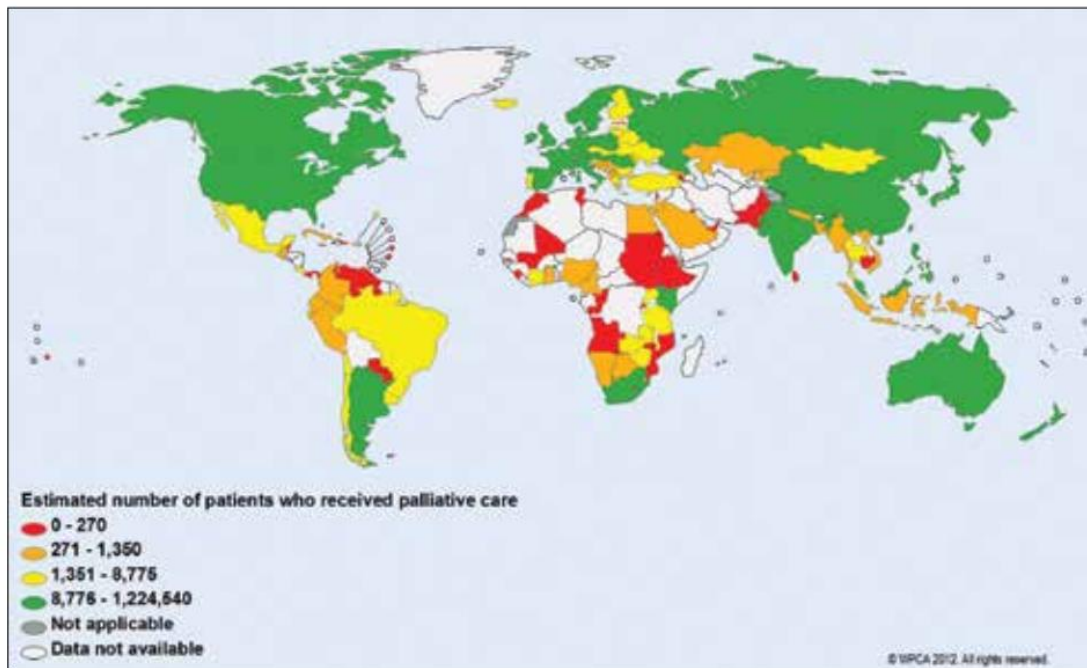
Se trata de una herramienta para favorecer la dignidad del paciente, no se acelera ni se detiene el proceso, y mucho menos prolongan la vida. Una de las bases de este tipo de medicina es la integralidad de la atención, aportando herramientas para el manejo de aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales. Se basa en una atención individualizada y continuada. Nunca se valora al paciente individualmente, sino que siempre es valorado en un entorno social/familiar por la gran importancia que supone como apoyo durante el progreso de la enfermedad. La relación entre el equipo sanitario y el paciente y/o familia debe ser siempre de respeto y ayuda. El paciente es el protagonista y como tal, debe ser quién decida sobre sí mismo. De manera que, para un cuidado paliativo de calidad es indispensable un cuidado humanizado (Cotrim et al., 2017; Lozano et al., 2017; SECPAL, 2020).

En el latín la palabra *pallium* significa manto o cubierta, en relación al alivio de síntomas o sufrimiento. Esa es precisamente una de las bases de los cuidados paliativos, intentar mitigar el dolor que la enfermedad provoca para que el paciente pueda vivir tan bien como le sea posible hasta el momento de su muerte (Cuartas, Charry, Ospina, y Carreño, 2019; Cuevas, 2016). Ayudan también a normalizar el proceso de muerte, aportando estrategias y técnicas para asumir el proceso. Sin embargo, existe una tendencia de matar a las personas enfermas en vida (“muerte social”); no se muere hasta que el corazón deja de latir. Mientras tanto, debemos trabajar en busca de un cuidado paliativo y humanizado (Alonso, 2013).

Cuando se valora la medicina paliativa como única vía de tratamiento para la enfermedad del paciente se abandona totalmente el tratamiento curativo. El objetivo del plan de cuidados del paciente cambia cuando la enfermedad avanza y no tiene cura; la meta se convierte en el confort y en el respeto de la individualidad y la dignidad (Cotrim et al., 2017).

El desarrollo de los cuidados paliativos se está produciendo poco a poco de manera global, y, aunque resulta complicado contabilizar el número de personas que reciben

cuidados paliativos en todo el mundo, se estima que cerca del 14% de las personas que los necesitan los reciben. Según los datos aportados por el Atlas Global de Cuidados Paliativos de la OMS (OMS, 2014), las cifras mejoran poco a poco, aunque el ritmo no es el mismo en países desarrollados y subdesarrollados, aún hay 78 países en los que no existen los cuidados paliativos (Martínez, Monleón, Carretero, y Garc, 2012; OMS, 2018).



**Figura 1.** Número estimado de pacientes que reciben cuidados paliativos. Fuente: (OMS, 2014).

En el caso de Europa, y pese a que los cuidados paliativos empezaron a desarrollarse hace aproximadamente 40 años, se estima que solo el 50% de las personas indicadas los reciben. Igualmente, existe un problema en cuanto a los beneficiados, dado que la mayoría de ellos son personas con enfermedades oncológicas. La atención holística que pretenden los cuidados paliativos va dirigida a todas las personas con enfermedades terminales, oncológicas y no oncológicas (Martínez et al., 2012).

En España cada vez más comunidades cuentan con recursos para poder atender a los enfermos terminales mediante esta corriente. A nivel mundial España es uno de los países que mejor red de cuidados paliativos tiene, hace unos años la OMS lo incluía

en el grupo de países que estaban en la etapa preliminar de inclusión en el sistema sanitario (OMS, 2014).

En Navarra y desde el año 2004, se trabaja junto a los equipos de Atención Primaria a favor de los cuidados paliativos. Existe, además, una relación estrecha con el Hospital San Juan de Dios (HSJD) y su Unidad de Cuidados Paliativos, para favorecer y facilitar el soporte en el domicilio. El HSJD dispone de 25 camas en Pamplona y 20 en Tudela para aquellas personas con enfermedad terminal que necesiten un ingreso hospitalario (Centeno et al., 2009).

La red de cuidados paliativos en Navarra ha mejorado gracias a las diferentes estrategias que comenzaron a principios de siglo y actualmente Navarra cuenta con siete recursos específicos de cuidados paliativos (Centeno et al., 2009):

1. Programa de Cuidados Paliativos del Servicio de Oncología Médica (Complejo Hospitalario de Navarra).
2. Unidad Multidisciplinar de Cuidados Paliativos Intrahospitalarios (Complejo Hospitalario de Navarra).
3. Unidad de Cuidados Paliativos (Hospital San Juan de Dios).
4. Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria (Hospital San Juan de Dios).
5. Equipo de Atención Psicosocial (Hospital San Juan de Dios).
6. Unidad de Cuidados Paliativos de Tudela (Unidad Asistencial de San Juan de Dios de Tudela).
7. Unidad de Medicina Paliativa y Control de Síntomas (Clínica Universidad de Navarra).

### **Justificación de la figura enfermera en los cuidados paliativos**

La figura de la enfermera en los cuidados paliativos es indispensable por su responsabilidad en el cuidado del paciente de manera holística. Según Hildegard Elizabeth Peplau y su Teoría de las Relaciones Interpersonales, la enfermera debe reconocer al ser humano globalmente, aporta una visión integral de manera que se abandone el reduccionismo (Sánchez, 2015). Más tarde, en la búsqueda de un cuidado humanizado, Jean Watson (Teoría Enfermera Transpersonal) trató de definir

el cuidado desde la perspectiva enfermera (Adiela, 2016; Zulueta, Prieto, y Bermejo, 2018):

El cuidado es su razón moral [...]. Es un proceso interconectado, intersubjetivo de emociones compartidas entre el profesional y el paciente, y donde la enfermería ofrece las condiciones para que el paciente tome sus propias decisiones y encuentre sus significados.

Enfermería en sí misma es la profesión encargada del cuidado del enfermo en todas y cada una de las etapas de la enfermedad. Es quien se preocupa por dar un cuidado humanizado durante todo el proceso de enfermedad, incluida la fase final de la vida (Adiela, 2016). Todo ello además de una serie de conocimientos, capacidades, habilidades y actitudes específicas son necesarias para hacer que el cuidado desde enfermería sea y esté humanizado, mejorando la calidad de la acción (Figueredo, Ramírez, Nurczyk, y Diaz, 2019).

### **Justificación personal**

La elección del tema de este Trabajo Fin de Grado surgió a partir de realizar mis rotatorios de prácticas en diferentes unidades del Complejo Hospitalario de Navarra (CHN). En la Unidad de Cuidados Intensivos llevan muchos años trabajando a favor de la humanización de los cuidados gracias al Proyecto Humanizando los Cuidados Intensivos (HUCI) y los cambios que se han producido han supuesto un gran paso hacia una atención digna y de calidad. Sin embargo, otras unidades se encuentran por detrás en relación a esta manera de entender y proporcionar la atención sanitaria. Sin ir más lejos, uno de mis rotatorios fue en la unidad de oncología del CHN, en la que a pesar de que la calidez del trato es mucho mayor que en otras unidades, aún queda trabajo por delante.

Se trata de una unidad compleja y exigente, en la que el estado de los pacientes va desde poca gravedad y bajo riesgo de fallecer, hasta pacientes con enfermedades avanzadas y cerca del final de la vida, y, como tal, no requieren el mismo tipo de cuidados sanitarios. A pesar de ello, hay algo que los hace iguales frente a los profesionales sanitarios: un ingreso en un lugar hostil, frío y poco acogedor. Ante esta

condición el trabajo del profesional de enfermería abarca mucho más que intentar curar el enfermo, debe incluir respeto, calidez, apoyo, comprensión, comunicación, etc.



## **2. OBJETIVOS**

Los objetivos que se pretenden conseguir con la realización del Trabajo Fin de Grado son los siguientes:

### **2.1. Objetivo principal**

Realizar un estudio y revisión bibliográfica de la atención de enfermería a pacientes con enfermedades terminales para la mejora del profesional enfermero/a ante la humanización del cuidado.

### **2.2. Objetivos secundarios**

- Identificar los factores que dificultan la humanización en la asistencia sanitaria.
- Conocer las acciones y estrategias para humanizar el cuidado.
- Analizar el papel de enfermería en los cuidados paliativos.
- Elaborar una propuesta de taller dirigida al profesional de enfermería con el fin de presentar diferentes herramientas para promover una atención humanizada.

### 3. METODOLOGÍA

#### 3.1. Diseño de Trabajo Fin de Grado

La metodología utilizada para alcanzar los objetivos planteados se ha basado en una amplia revisión narrativa de la bibliografía existente que comenzó en noviembre de 2019 y se extendió hasta marzo de 2020, aproximadamente. Tras una primera lectura de la bibliografía encontrada, y desechar aquellos documentos no válidos, se procedió a elaborar el índice del trabajo para más tarde desarrollar el TFG. Finalmente, tras seleccionar las ideas más favorables para conseguir los objetivos, se elaboró el presente documento con el fin de ayudar a los profesionales de enfermería en la mejora de la humanización en el proceso de muerte.

#### 3.2. Búsqueda bibliográfica

Para obtener los resultados en relación al tema de estudio de este Trabajo Fin de Grado, el primer paso fue definir el tema principal mediante una pregunta de investigación que fue formulada según la estrategia PICO. La pregunta planteada fue: ¿Cuáles son los cuidados de enfermería y estrategias más eficaces para humanizar la atención de los pacientes al final de la vida? Después se realizó la búsqueda mediante los diferentes componentes de la pregunta PICO ([Tabla 2](#)).

**Tabla 2.** Descripción de los componentes PICO. [Elaboración propia]

ACRÓNIMO	DEFINICIÓN	PALABRAS DE BÚSQUEDA
P	Participantes	Paciente terminal, paciente oncológico, enfermedad neurodegenerativa, enfermedad crónica, <b>final de la vida</b> , muerte, <b>cuidados paliativos</b> . End of life, palliative care, cancer.
I	Intervenciones	<b>Cuidados de enfermería, humanización</b> , estrategias de humanización, humanización del cuidado enfermero, <b>enfermería</b> . Humanization, humanization of care, nursing, symptom prevalence, nursing humanization.
C	Comparaciones	Cuidados estándares de enfermería, no humanizados.
O	Outcome (Desenlace)	Conocimiento, implicación, síntomas comunes.

La búsqueda de información para elaborar el TFG se ha realizado en diversas bases de datos, buscadores, páginas web oficiales, páginas web sanitarias y documentos en papel, y se ha completado con la herramienta de la biblioteca de la UPNA Sirius ([Anexo 1](#)).

Para centrar la búsqueda se emplearon límites en cuanto a la fecha de publicación de los documentos obtenidos, desde 2010 hasta 2020. Asimismo, los idiomas seleccionados fueron español e inglés. Además, para conseguir el documento íntegro fue seleccionada la opción de texto completo. Desde el momento en el que comenzó la búsqueda de bibliografía, fueron establecidos unos criterios de inclusión y exclusión que más tarde resultarían útiles para hacer la selección ([Tabla 3](#)).

**Tabla 3.** Criterios de inclusión y exclusión. [Elaboración propia]

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
Artículos que traten de paliativos y final de la vida.	Artículos que traten con síntomas específicos de la enfermedad (dolor...).
Artículos relacionados con el cuidado de enfermería en el proceso de muerte.	Artículos que tratan de humanización de cuidados en UCI, durante el parto, pediatría...
Publicaciones relacionadas con estrategias y acciones de humanización.	Artículos de baja evidencia científica, editoriales, blogs...
Documentos que tratan el tema de la humanización relacionado con la enfermería.	Idioma que no sea inglés o castellano.
Revisiones de la literatura, artículos de investigación y estudios cualitativos y cuantitativos.	Publicaciones de pago.
Artículos a texto completo a partir del 2010.	

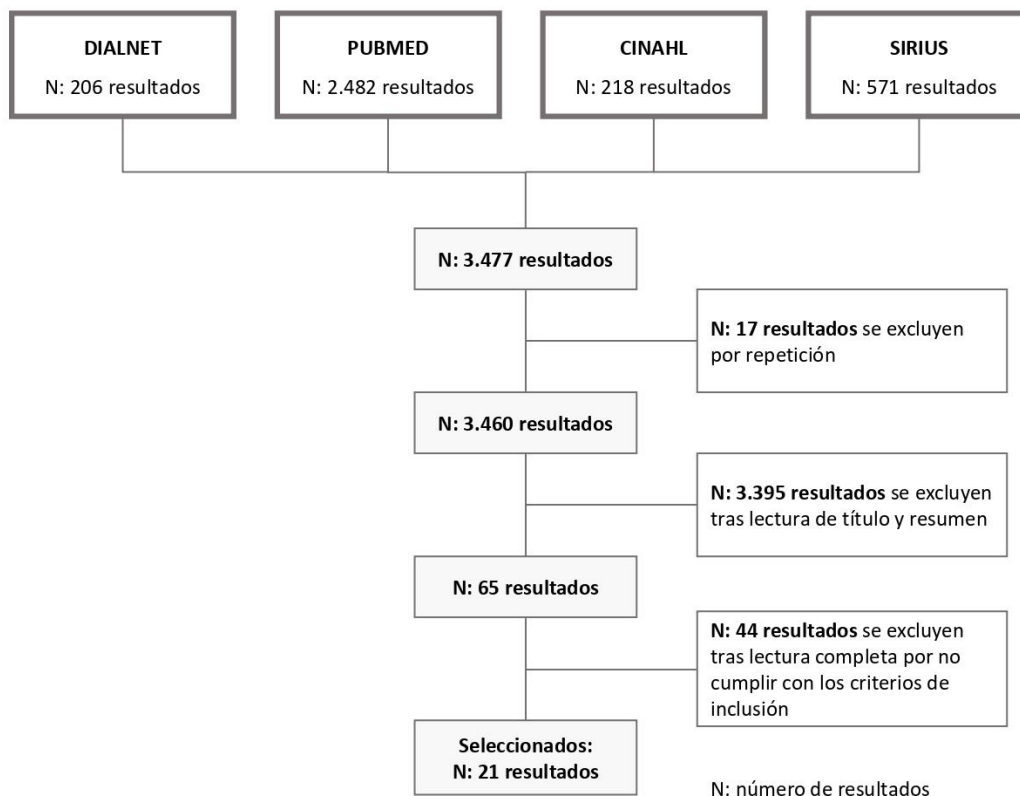
De la misma manera, para mejorar la estrategia de búsqueda fueron utilizados operadores booleanos:

- Humanización AND Final de la vida
- Humanización AND Cuidados paliativos
- Cuidado paliativo AND Enfermería

- Humanización sanitaria
- Humanización enfermería AND Cuidados paliativos

Una vez obtenidos los resultados de la búsqueda, la primera fase fue hacer una selección de aquellos que tuvieran relación con la pregunta de investigación planteada tras una primera lectura del título y/o resumen. La siguiente fase fue realizar una lectura profunda de los documentos para seleccionar los artículos, siguiendo los criterios de inclusión y exclusión detallados en la [Tabla 3](#).

Durante la búsqueda se obtuvieron 3.477 resultados de las diferentes bases de datos. De todos ellos 17 fueron excluidos por repetición. Tras la primera lectura, de títulos y resúmenes, fueron seleccionados 65 resultados, considerando que respondían a la pregunta de investigación. Tras valorar los resultados seleccionados, 44 fueron excluidos por no cumplir con los criterios de inclusión.



**Figura 2.** Diagrama de selección de resultados. [Elaboración propia]

La búsqueda se detalla en el [Anexo 1](#), donde se muestran las búsquedas bibliográficas realizadas en las diferentes bases de datos y páginas web (URL). Además, para completar la información acerca de la búsqueda, se ha adjuntado una tabla con un breve análisis sobre los artículos seleccionados ([Anexo 3](#)).

Todas las referencias obtenidas mediante los diferentes motores de búsqueda fueron incluidas inicialmente en una base de datos del programa MENDELEY que también ha sido utilizada para citar en el Trabajo Fin de Grado. Para referenciar los documentos se ha empleado el estilo American Psychological Association (APA).

## **4. RESULTADOS**

### **4.1. Factores que dificultan la humanización**

Las políticas a favor de humanizar el cuidado han surgido por la preocupación de la deshumanización que existe en nuestros modelos sanitarios actualmente. Se trata de una atención despersonalizada y centrada en ser eficientes, pero no integrales. Han perdido valor acciones como la comunicación, la escucha activa o el apoyo moral, teniendo como resultado la disminución de confianza hacia los profesionales sanitarios (Román, 2013).

La deshumanización puede darse en cada acto. Se dispone de muchos medios técnicos y humanos, mal utilizados; el paciente se convierte en usuario; la atención del paciente pasa por muchos y muy diferentes profesionales... Todo ello para conseguir dividir al individuo según su enfermedad. De esta manera olvidamos que el paciente no es un usuario ni una enfermedad, sino un ser humano digno de recibir un buen cuidado, basado en una atención humanizada (J. García y García, 2015; Román, 2013).

En definitiva, la deshumanización de la atención sanitaria podría ser definida como la privación de aquellas cualidades que convierte en humano a cualquier persona, como inteligencia, felicidad, valores, lenguaje, lo que lo convierte fácilmente comparable con cualquier objeto inanimado (Bermejo et al., 2013; Román, 2013).

Son varios los factores que interfieren y dificultan una atención humanizada, siendo bastante complicado hacer un análisis de las causas que convierten el cuidado en un proceso deshumanizado. Sin embargo, a continuación se presentan algunas de las causas que más inciden en la deshumanización sanitaria ([Tabla 4](#)).

**Tabla 4.** Factores que dificultan la humanización y autores. [Elaboración propia]

FACTOR	AUTOR/AUTORES
Despersonalización	(Bermejo y Villacieros, 2018; Román, 2013)
Autonomía llevada al extremo	(L. López, 2018; Román, 2013)
Dolor y sufrimiento	(Bermejo, 2010; Bermejo y Villacieros, 2018)
Especialización y globalidad de cuidados	(Román, 2013; Sánchez, 2015)
Burocratización	(Bermejo y Villacieros, 2018; Román, 2013; Sánchez, 2015; Subdirección General de Humanización de la Asistencia Sanitaria, 2016)
Criterios mercantilistas	(Román, 2013; Sánchez, 2015; Subdirección General de Humanización de la Asistencia Sanitaria, 2016)
Misión, visión y valores	(Sánchez, 2015)
Déficit de recursos	(Sánchez, 2015; Subdirección General de Humanización de la Asistencia Sanitaria, 2016)
Tecnología	(Bermejo y Villacieros, 2018; Román, 2013; Sánchez, 2015; Subdirección General de Humanización de la Asistencia Sanitaria, 2016)
Falta de formación	(Bermejo y Villacieros, 2018)
Conflictos entre profesionales	(Sánchez, 2015; Subdirección General de Humanización de la Asistencia Sanitaria, 2016)

### 1. Despersonalización

El cuidado de un ser humano es una tarea compleja y necesariamente humana. Es una tarea que conlleva cuestiones del ser humano como el sentido de la existencia, la libertad, la intimidad y la autenticidad. Son aspectos tan personales que solo un ser humano debidamente capacitado es apto para ayudar a la persona enferma (Bermejo et al., 2018).

Se desconsideran aspectos tan fundamentales como las circunstancias y vivencias de la persona, que precisamente tan importantes son en la manera de enfermar que tiene cada ser humano. Esto hace que todas las personas sean tratadas igual, y no

únicamente en referencia al tratamiento farmacológico, sino más bien al tratamiento personal. La enfermedad se convierte en algo objetivo (Román, 2013).

## 2. Autonomía llevada al extremo

El paciente se convierte en agente activo de su salud; es importante su propia participación en los casos en los que su estado lo permita. No obstante, es vulnerable en cuanto a conocimientos, y eso lo convierte en persona dependiente. La ayuda es fundamental en el momento de tomar decisiones que lo involucren y es ahí cuando los profesionales sanitarios deben ayudar. Sin embargo, la idea de que el paciente es autónomo ha sido llevada al límite, y hemos convertido al paciente en autosuficiente y capacitado para todo (L. López, 2018; Román, 2013).

## 3. Dolor y sufrimiento

El dolor y sufrimiento constantemente se utilizan como si tuvieran el mismo significado, cuando no es así. El dolor hace referencia a una dolencia física, relacionada o no con la enfermedad. Mientras que el sufrimiento puede venir por una dolencia física o emocional. El dolor físico puede conllevar sufrimiento, pero puede existir sufrimiento sin dolor. De la misma manera que el dolor es tratado con farmacología, el sufrimiento también debería ser tratado para conseguir un mejor control del proceso de enfermedad (Bermejo, 2010; Bermejo et al., 2018).

## 4. Especialización y globalidad de cuidados

El cuidado y la atención deben ir dirigidos al enfermo como un todo, sin dividir al individuo por la enfermedad que tenga. A pesar de que la afección sea de un órgano/parte del cuerpo, la enfermedad perjudica a la persona entera, no exclusivamente en lo que se refiere a lo biológico del ser humano, sino también a aspectos más abstractos como sus valores. Se debe incidir en el cuidado como algo global y no fragmentado para avanzar hacia una humanización de calidad (Román, 2013; Sánchez, 2015).



Este proceso se ha visto aumentado por la especialización de los profesionales de la salud. Se ha apostado por un modelo fragmentado en el que dividir la atención en función de los elementos anatómicos afectados, lo que dificulta la visión global del paciente y, como tal la integralidad del plan de atención. Nos hemos convertido expertos en un reducido campo de la salud (Sánchez, 2015).

#### 5. Burocratización

Coordinar y atender a la población es una tarea impracticable sin la burocratización. Sin embargo, éticamente resulta negativa, sobre todo cuando se trata con seres humanos. La persona se convierte en un objeto que es atendido por varios profesionales, de manera que aumenta significativamente el número de agentes intervinientes en el proceso de enfermedad. El hospital se convierte en una factoría y, el proceso de atención, en cadena de montaje (Bermejo et al, 2018; Román, 2013; Sánchez, 2015; Subdirección General de Humanización de la Asistencia Sanitaria, 2016).

#### 6. Criterios mercantilistas

La visión del sistema sanitario cada vez más economicista y no tanto humanista, conlleva grandes cambios en la atención. La sanidad se ha convertido en puro negocio, en el que los recursos sanitarios y las necesidades sociales no están equilibrados y, esto contribuye a deshumanizar la asistencia por su baja rentabilidad. Las políticas sanitarias y económicas son las encargadas de regular el equilibrio entre oferta y demanda. Se ha optado por recortar en recursos económicos, físicos y materiales, para conseguir estabilidad económica e incluso ganancias, adaptando los servicios a las necesidades económicas del sistema en lugar de las del paciente (Román, 2013; Sánchez, 2015; Subdirección General de Humanización de la Asistencia Sanitaria, 2016).

#### 7. Misión, visión y valores

Los objetivos de la institución sanitaria marcan el camino para conseguir los resultados deseados. Por ello, si queremos conseguir una asistencia basada en la

humanización, los objetivos deben ser coherentes con esa idea. Para lograr y desarrollar los objetivos, conviene contar con la ayuda de profesionales en humanización que aporten ideas y métodos de trabajo. Nuestra institución sanitaria apuesta por la relación causa-efecto y el objetivo principal es salvar vidas mediante los avances y tecnologías más exclusivas. Actualmente es más importante conseguir buenas cifras y tener buenos índices de atención (Sánchez, 2015).

#### 8. Déficit de recursos

La sociedad actual dispone de un gran abanico de información gracias al acceso a internet. Eso hace que la sociedad disponga de más información y siempre quiera saber más. Lo que la convierte en más demandante y, en muchos casos, impaciente. Además, en nuestro sistema sanitario existe un déficit en cuanto a recursos, lo que aumenta la probabilidad de deshumanización. Sin embargo, el tiempo es uno de los recursos más importantes en cuanto a la humanización. Dedicar tiempo de la jornada laboral a escuchar, hablar o mirar es para los pacientes una de las mejores terapias humanizantes (Sánchez, 2015; Subdirección General de Humanización de la Asistencia Sanitaria, 2016).

#### 9. Tecnología

En las últimas décadas se ha producido un gran desarrollo tecnológico global que ha supuesto muchas mejoras en el mundo sanitario: ha disminuido las tasas de mortalidad y morbilidad, ha mejorado técnicas diagnósticas, ha mejorado las cirugías y tratamientos... Hay quien relaciona directamente estas mejoras con la deshumanización en la atención, sin embargo, no existe una relación directa entre ambos términos (Bermejo et al., 2018; Sánchez, 2015; Subdirección General de Humanización de la Asistencia Sanitaria, 2016).

La tecnología no supone una barrera para humanizar, el problema es buscar en la tecnología la solución a todos los problemas. De hecho, basar el cuidado en la tecnología es una atención incompleta y errónea dado que la tecnología no acompaña en el proceso de enfermedad o muerte. Cuanto más tecnificado sea el

cuidado, más mecánicas son las relaciones paciente-profesional. La técnica simplemente debe ser un medio para conseguir resultados (Román, 2013; Subdirección General de Humanización de la Asistencia Sanitaria, 2016).

#### 10. Falta de formación

En la actualidad los profesionales de la salud son altamente cualificados en conocimientos y procedimientos técnicos, pero carecen de competencias de comunicación, relaciones humanas, emocionales o incluso éticas, lo que los convierte en profesionales poco humanizadores. Tan importante es la formación en este campo, como en el resto para alcanzar un sistema de salud basado en la humanización sanitaria (Bermejo et al., 2018).

#### 11. Conflictos entre profesionales

Para humanizar una unidad es indispensable un equipo de trabajo que comparta valores humanizantes. Es indispensable fomentar la unión de los trabajadores a través de una metodología clara de trabajo, para reducir al máximo los conflictos entre personas del mismo o diferente estamento (Sánchez, 2015; Subdirección General de Humanización de la Asistencia Sanitaria, 2016).

#### 4.2. Acciones y estrategias para humanizar el cuidado

Para conseguir un sistema sanitario basado en la humanización, es necesario que la organización esté al servicio y disposición del paciente, priorizando las necesidades sociales y alzando la sensibilidad y ética en el acto del cuidado. Entendiendo y atendiendo las necesidades en todas las etapas de la vida, durante todo el proceso asistencial mediante la personalización de la atención. Porque las personas tienen sentimientos y emociones, dignidad, autonomía, derecho y responsabilidad sobre su propia salud a lo largo de su existencia (Bermejo, 2014; Subdirección General de Humanización de la Asistencia Sanitaria, 2016).

El Departamento de Salud del Gobierno de Navarra hizo pública en 2017 una guía sobre las estrategias necesarias para conseguir un sistema sanitario basado en humanización y establece las diferentes vías de trabajo para conseguir dicho objetivo (Departamento de Salud. Gobierno de Navarra., 2017). Siguiendo el modelo presentado por el Gobierno de Navarra, se instauran cinco áreas ([Tabla 5](#)). Todas ellas han sido completadas con el Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria publicada por la Consejería de Sanidad de la comunidad de Madrid (Subdirección General de Humanización de la Asistencia Sanitaria, 2016) y con información del Centro de Humanización de la salud (Posse, 2013).

**Tabla 5.** Áreas y estrategias para humanizar y autores. [Elaboración propia]

ÁREAS	AUTOR/AUTORES
Agentes de humanización	(Bermejo y Villacieros, 2018)
Humanización del vínculo	(Departamento de Salud. Gobierno de Navarra., 2017; Subdirección General de Humanización de la Asistencia Sanitaria, 2016)
Humanización de la comunicación e información	(Departamento de Salud. Gobierno de Navarra., 2017; Subdirección General de Humanización de la Asistencia Sanitaria, 2016)
Humanización del entorno	(Bermejo y Villacieros, 2018; Departamento de Salud. Gobierno de Navarra., 2017; Subdirección General de Humanización de la Asistencia Sanitaria, 2016)

Humanización de la gestión	(Departamento de Salud. Gobierno de Navarra., 2017; Subdirección General de Humanización de la Asistencia Sanitaria, 2016)
----------------------------	--

### 1. Agentes de humanización

El objetivo es conseguir que los profesionales implicados en el cuidado de los enfermos adquieran conocimientos suficientes para proporcionar un cuidado humano. Sin la implicación y participación de los mismos, la humanización carece de sentido. Es, por tanto, la vía por la que los profesionales de enfermería reciben educación y formación en técnicas humanizadoras y a su vez, de cuidar de los que cuidan para evitar estrés y cansancio entre los profesionales (Bermejo et al., 2018).

### 2. Humanización del vínculo

Se basa en la idea de dar lo que nos gustaría recibir. Abarca todo lo que concierne a la relación con el paciente durante cada una de las etapas de la vida, parto, nacimiento, enfermedad y final de la vida, y lo hace de manera integral respetando la dignidad y los valores del ser humano. El cuidado se basa en el respeto por el paciente y sus derechos y voluntades. El ser humano es un agente con autonomía sobre su propia salud, por lo que debe ser escuchado y valorado, evitando el paternalismo. Es partícipe de su propio cuidado y debe sentir el cuidado de manera personalizada (Departamento de Salud. Gobierno de Navarra., 2017; Subdirección General de Humanización de la Asistencia Sanitaria, 2016).

### 3. Humanización de la comunicación e información

La comunicación es esencial para comprender aquello que rodea al enfermo. Es la herramienta gracias a la cual la información correcta llega al paciente y por eso debe ser clara y sin tecnicismos, comprensible para evitar malentendidos. Además, la comunicación verbal debe ir acompañada de la no verbal, cuidando las miradas, gestos, escucha, silencios y presencia entre otros para que el mensaje llegue mejor. Se atenderán todas las dudas que surjan en el paciente, pudiendo aportar nueva

información o soporte informático (Departamento de Salud. Gobierno de Navarra., 2017; Subdirección General de Humanización de la Asistencia Sanitaria, 2016).

#### 4. Humanización del entorno

El ingreso hospitalario supone una estancia en un lugar hostil y poco acogedor para el paciente, por lo que esta línea pretende adecuar el entorno a la filosofía humanizadora. Se pretenden conseguir entornos facilitadores y confortantes, incluyendo cambios en infraestructuras y organización. Los cambios en este ámbito van desde adecuar las unidades mediante señalización y eliminación de barreras, hasta el cuidado de lo más cercano a los pacientes (Bermejo et al., 2018; Departamento de Salud. Gobierno de Navarra., 2017; Subdirección General de Humanización de la Asistencia Sanitaria, 2016).

No obstante, también engloba las necesidades del personal del sistema sanitario. Conciernen todo lo relacionado con las condiciones laborales y el objetivo es tratar de mejorar la continuidad de la atención mediante la adecuación de las plantillas (Bermejo et al., 2018).

#### 5. Humanización de la gestión

Para conseguir cumplir las líneas estratégicas mencionadas es indispensable que el trabajo empiece desde la dirección del sistema sanitario en cuestión. Conviene fomentar la humanización mediante la creación de comisiones encargadas de dirigir el proceso de humanización, que serán las encargadas de realizar una valoración de los resultados conseguidos. Además, serán los encargados de valorar si se han conseguido los objetivos del resto de estrategias y de reevaluar a largo plazo la necesidad de optar por unos nuevos (Departamento de Salud. Gobierno de Navarra., 2017; Subdirección General de Humanización de la Asistencia Sanitaria, 2016).

#### 4.3. Cuidado humanizado de enfermería en los cuidados paliativos

##### Cuidados paliativos

Los cuidados paliativos se basan en una atención global y continuada mientras dura la enfermedad que abarca los aspectos físicos, psíquicos, sociales y espirituales de las personas en situación avanzada y/o terminal. Los objetivos de los cuidados paliativos son la promoción del bienestar y de la dignidad y autonomía del enfermo y su familia. La calidad de los cuidados es fundamental para garantizar una adecuada calidad de vida en los pacientes y la familia, conjunto que recibe especial atención durante y tras el proceso de enfermedad (Codorniu, Guanter, Molins, y Utor, 2013; OMS, 2018).

**Tabla 6.** Características de los cuidados paliativos. Fuente: (E. López, 1998; Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008; SECPAL, 2020). [Elaboración propia]

CARACTERÍSTICAS DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS
Se trata de una atención integral, individualizada y continuada que tiene en cuenta aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales del paciente.
Se trata al paciente y a su familia como unidad. La familia es el apoyo principal del paciente.
Proporcionan alivio del dolor y otros síntomas.
El objetivo no es acelerar el proceso de morir, ni retrasarlo.
Mejoran la calidad de vida y la autonomía del paciente.
Se considera la muerte como un proceso normal, tratando de normalizarla.
Crear un ambiente de confort, respeto y confianza para conseguir una comunicación eficaz.
Se trabaja mediante equipos interdisciplinarios para asegurar una atención completa (médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería, trabajadores sociales, psicólogos, terapeutas ocupacionales, asesores espirituales y voluntarios).

El control de la sintomatología del paciente en cuidados paliativos es vital para conseguir el confort deseado. El paciente siente los síntomas como una llamada de atención de su propio cuerpo y lo hace sentir amenazado en relación a la intensidad que presenta (E. López, 1998; Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008). Sin embargo, puede resultar costoso por la gran diversidad de patologías que son tratadas con

cuidados paliativos. Una revisión sistemática realizada hace unos años en Londres trató de agrupar los síntomas más frecuentes en pacientes que recibían cuidados paliativos ([Tabla 7](#)). Del estudio concluyeron que eran 11 los más frecuentes, aunque sin ninguna duda el dolor era el que más se repetía. El estudio analiza los síntomas en personas con cáncer, SIDA, insuficiencia cardíaca, EPOC y enfermedad renal. La prevalencia de los síntomas en pacientes con cáncer es mayor dado que había más pacientes con esta patología que con el resto (Solano, Gomes, y Higginson, 2006).

**Tabla 7.** Prevalencia de síntomas según patología en cuidados paliativos. Fuente: (Solano et al., 2006).

SÍNTOMAS	Cáncer	SIDA	Insuficiencia cardíaca	EPOC	Insuficiencia renal
<b>Dolor</b>	35%-96% N = 10.379	63%-80% N = 942	41%-77% N = 882	34%-77% N = 372	47%-50% N = 370
<b>Depresión</b>	3%-77% N = 4.378	10%-82% N = 616	9%-36% N = 80	37%-71% N = 150	5%-60% N = 956
<b>Ansiedad</b>	13%-79% N = 3.274	8%-34% N = 346	49% N = 80	51%-75% N = 1.008	39%-70% N = 72
<b>Confusión</b>	6%-93% N = 9.154	30%-65% N = ?	18%-32% N = 343	18%-33% N = 309	—
<b>Astenia</b>	32%-90% N = 2.888	54%-85% N = 1.435	69%-82% N = 409	68%-80% N = 285	73%-87% N = 116
<b>Disnea</b>	10%-70% N = 10.029	11%-62% N = 504	60%-88% N = 948	90%-95% N = 372	11%-62% N = 334
<b>Insomnio</b>	9%-69% N = 5.606	74% N = 504	36%-48% N = 146	55%-65% N = 150	31%-71% N = 351
<b>Náuseas</b>	6%-68% N = 9.140	43%-49% N = 689	17%-48% N = 146	—	30%-43% N = 362
<b>Estreñimiento</b>	23%-65% N = 7.602	34%-35% N = 689	38%-42% N = 80	27%-44% N = 150	29%-70% N = 483
<b>Diarrea</b>	3%-29% N = 3.392	30%-90% N = 504	12% N = 80	—	21% N = 19
<b>Anorexia</b>	30%-92% N = 9.113	51% N = 504	21%-41% N = 146	35%-67% N = 150	25%-64% N = 395



Atender a las personas en cuidados paliativos requiere formación en conocimientos y habilidades específicas, por distintas razones (E. López, 1998; SECPAL, 2020):

- Las necesidades de los pacientes son muy frecuentes, y requieren más conocimientos.
- El apoyo es para el paciente y la familia, igualmente.
- El tiempo de contacto con los pacientes es mayor que en otras circunstancias.
- Se viven situaciones límite que requieren autocontrol del profesional.

### **Cuidado humanizado de enfermería**

El cuidado es un término que ha existido siempre, desde el comienzo de nuestra existencia relacionándose con la técnica de supervivencia. Hoy en día, el cuidado sigue siendo un proceso mediante el cual se pretende conseguir mejorar el estado de alguien; fundamentalmente, es ayudar a vivir, intentar evitar el sufrimiento y, ayudar a morir (Correa, 2016).

Enfermería es por naturaleza la profesión encargada del cuidado de las personas; que abarca el proceso de apoyo y tratamiento a los pacientes, la promoción de salud y prevención de enfermedades y fomento de la autonomía. Es la profesión responsable del cuidado de los seres humanos de manera altruista y del cuidado integral. La práctica profesional debe basarse en un cuidado humanizado, en el que se atienda al enfermo como un todo de manera holística (M. E. García, 2014; Guevara et al., 2014).

Es el referente del cuidado de las personas en todas las etapas de salud y enfermedad. De hecho, desde hace unos años se ha convertido en esencial dentro del equipo multidisciplinar de los cuidados paliativos, por su actitud de saber escuchar y acompañar, ayudar al paciente y a la familia a afrontar la situación de muerte próxima y dignificar la muerte. La visión holística de la profesión, permite tratar aspectos biopsicosociales para aliviar y consolar (Maqueda, Gómez, y Gómez, 2016).

El enfermo terminal es el protagonista de su plan de cuidados, y el trabajo del profesional de enfermería es respetar la voluntad del paciente. Para ello, es necesaria la formación de los enfermeros en campos de sociología, antropología y ciencias de conducta (Correa, 2016). El aprendizaje en estos campos es fundamental para el desarrollo de las competencias necesarias y poder realizar el cuidado de manera eficaz. Las competencias son las características individuales de cada sanitario, conocimientos, habilidades y actitudes, que hacen posible realizar el trabajo en un contexto en el que todo cambia día tras día (Codorniu et al., 2013).

Los cuidados paliativos tienen como objetivo principal el bienestar físico, emocional, social y espiritual del enfermo a lo largo de la etapa final de la vida. Por ello, el profesional de enfermería tiene una labor fundamental, permanece junto al paciente en el proceso de morir, tratando que sea digna, tranquila, buena y en paz (Adiela, 2016). El profesional enfermero debe ser competente en conocimientos teórico-prácticos para el desarrollo de un cuidado humanizado, pero también debe reunir una serie de valores para conseguir adaptarse a las situaciones cambiantes de los pacientes y sus necesidades (Guevara et al., 2014; E. López, 1998).

La humanización de la atención al final de la vida debe darse siempre y priorizarse ante todas las cosas. Es la manera de conseguir que el paciente esté tranquilo y reciba la atención que se merece durante el proceso de muerte. Para dar es necesario comprender lo que el paciente está viviendo y cómo se está sintiendo y ser empático, reconocer y comprender qué necesidades tiene y ser compasivo para aliviarlas. La visión holística del paciente nos lleva a atender las necesidades espirituales, sociales, físicas y psíquicas, y en una comunidad como la nuestra en la que la población es tan variada, es posible coincidir con pacientes con los que haya diferencia de opiniones y por eso mismo la madurez y autorregulación del profesional son valores necesarios. Se debe trabajar desde la tolerancia y respeto hacia los demás, incluso cuando no se compartan opiniones (Codorniu et al., 2013; E. López, 1998).

El cuidado de los demás es una tarea demandante y puede generar fatiga psicológica. Para cuidar al otro, es necesario el autoconocimiento y saber hasta dónde se es capaz de llegar sin agotarse; en caso contrario, el cuidado podría no ser eficiente. No es una

tarea sencilla y requiere de una superación y motivación considerable. El cuidado se alarga en el tiempo y el paciente pasa por etapas diversas en las que puede encontrarse mejor o peor, y, en lugar de desmoralizarse es necesario ser capaces de sacar fuerzas y tratar de cambiar para ayudar más y mejor al protagonista del plan de cuidados (Codorniu et al., 2013; E. López, 1998).

La formación, adquisición de conocimientos y valores personales son claves para ejercer bien la labor de cuidar al final de la vida, para tratar de conseguir un buen control y manejo de los síntomas, a fin de conseguir el mayor confort posible. Cuando la curación es inalcanzable, el profesional de enfermería es el encargado de humanizar la asistencia y promover la participación del propio paciente, manteniendo la autonomía siempre que sea posible. Cuando el estado sea tan avanzado que no se puedan conseguir las metas mencionadas, entonces el profesional de enfermería tratará de ayudar en la limitación de la enfermedad y dar apoyo a la familia (Astudillo, Mendinueta, y Astudillo, 2008).

Desde la profesión enfermera se requiere una actuación humanizada que comprende (Astudillo et al., 2008; Bátiz, 2019):

- Valorar la pérdida de calidad que provoca la enfermedad, cómo afecta al paciente y cómo afronta la situación.
- Conseguir equilibrio físico, psicológico y ambiental.
- Ayudar al médico a la hora de comunicar al paciente y la familia la información relacionada con el diagnóstico y cambios en el plan de cuidados.
- Educación con la familia sobre aspectos para mejorar la estancia del paciente: alimentación, higiene, cambios posturales, etc.
- Ayudar a prevenir situaciones de crisis y estrés.
- Prevenir complicaciones por el encamamiento del paciente.
- Asegurar la continuidad de cuidados tanto dentro como fuera de la unidad, coordinando con otras unidades cuando sea necesario.
- Preparar al paciente y familia ante altas al domicilio o cambios hospitalarios.
- Dar apoyo a la familia en el proceso de muerte y duelo.
- Trabajar en equipos interdisciplinarios.

Enfermería tiene que saber guiar y orientar el manejo del enfermo, lo que convierte en instrumento básico la comunicación y la escucha. La comunicación entre el paciente y el equipo de enfermería es la vía mediante la cual el paciente expresa sus necesidades. Es importante crear una relación de ayuda basada en la sinceridad entre ambos para que el paciente se sienta cómodo en la expresión de sus sentimientos y para que se sienta parte de su propio plan de cuidados. Además, fomenta la participación del paciente y mejora el cumplimiento del plan de cuidados (Astudillo et al., 2008; Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008; Sansó y Pades, 2016). La comunicación puede llegar a ser una de las terapias más efectivas, pero, aumenta aún más cuando los pacientes se encuentran en la fase final de la vida. Muchos se sienten solos, y sentir que el profesional está con ellos puede llegar a ser muy eficaz (Muñoz, Morales, Bermejo, y Galán, 2015; Povedano, 2012; Sansó et al., 2016).

Pese a lo complicado que puede llegar a ser la comunicación en situaciones tan difíciles, es una herramienta fundamental para reducir la ansiedad que puede provocar la situación y ayuda a afrontar los sentimientos para intentar conseguir que el enfermo pueda entender el curso de su enfermedad. Se deben tener en cuenta algunos principios básicos para hacer que la comunicación entre enfermería y el paciente sea eficaz (E. López, 1998; Povedano, 2012):

- Perder el miedo a hablar de emociones y transmitir confianza y bienestar al paciente, manteniendo una relación asertiva.
- Utilizar las palabras más adecuadas a la hora de informar para conseguir la comprensión del paciente y la familia.
- El paciente es el que manda y debemos permitir su colaboración adaptándonos a sus necesidades, sin obligar a tomar ninguna decisión que no desee.
- Respetar los derechos del paciente a estar informado.
- Transmitir esperanza, sin llegar a la falsa esperanza.
- No negar o desoír las emociones del paciente.
- Evitar frases vacías.

La comunicación se compone de aspectos verbales y no verbales, y ambos son complementarios. En la fase final de la vida, los aspectos no verbales pueden llegar a suponer el 90% de la comunicación. Se debe tener especial cuidado con las expresiones faciales, gestos, posturas, contacto, tono de voz, mirada, etc, porque todas ellas suponen gestos que tanto el paciente como la familia valoran muy positivamente (Astudillo et al., 2008; SECPAL, 2020).

Consolidar la relación de ayuda y buena comunicación no es ninguna trivialidad, pues los resultados de una buena relación son inmensos. La comunicación debe basarse en escucha activa, empatía y aceptación. Son tres elementos básicos para conseguir que el paciente sienta que estamos ahí y pretendemos ayudarle. La escucha activa se basa en escuchar y demostrar al otro interlocutor interés por lo que nos está contando. Escuchando al paciente podemos recibir mucha información, y todo ello requiere una atención activa de la que poder obtener muchas respuestas. La empatía consiste en ponerse en el lugar del otro para entender por qué se siente así; se trata de detectar las necesidades psicosociales que tiene el paciente. La aceptación se demuestra mediante la aprobación de lo que el paciente propone independientemente de la opinión del sanitario. Es mostrar respeto por lo que nos cuenta sin juzgar (Astudillo et al., 2008; E. López, 1998; Muñoz et al., 2015; SECPAL, 2020).

La profesión enfermera se encarga del cuidado del paciente en la etapa final de la vida y es quien debe hacer la valoración integral de su estado, de su familia y del entorno, para elaborar el plan de cuidados individualizado capaz de satisfacer las necesidades identificadas. Se analizan además otros aspectos no tanto relacionados con el cuidado, pero sí relacionados con el paciente: aceptación de la enfermedad, apoyo social, estrés emocional del paciente/familia... El confort del paciente debe conseguirse mediante la intervención en aspectos que inciden en el grado de su comodidad ([Tabla 8](#)) (Astudillo et al., 2008; Lozano et al., 2017).

**Tabla 8.** Aspectos que inciden en la comodidad del paciente. Fuente: (Astudillo et al., 2008).

Aspectos que inciden en la comodidad del paciente	
<b>Físicos</b>	Movilidad, comunicación, actividades de la vida diaria, grado de alerta, escalas de funcionalidad.
<b>Emocionales</b>	Ajuste psicológico anterior, depresión, ansiedad, actitud ante la enfermedad, tratamiento, herramientas para enfrentarse a las adversidades.
<b>Sociales</b>	Redes de apoyo individual y grupal, seguridad económica, rol en su familia y cómo se ve afectado por la enfermedad.
<b>Nivel de comodidad</b>	Valoración global de dolor, náuseas, vómitos, prurito y estreñimiento.

La valoración del paciente terminal pretende detectar todas las necesidades para elaborar un plan eficaz que haga que el propio paciente afronte mejor el final de la vida. Se recogen aspectos objetivos y subjetivos: síntomas físicos, emocionales, nivel de autonomía, comunicación, relación con otros... El resultado de la valoración se enuncia en forma de diagnóstico, que nos permite hacer un seguimiento del paciente y valorar la evolución (Astudillo et al., 2008).

Se requiere una valoración constante y dinámica de la situación y sintomatología del paciente, los síntomas son cambiantes a medida que la enfermedad avanza y ello requiere diferentes tratamientos. No obstante, la valoración debe ser multidisciplinar, la participación de diferentes profesionales es necesaria porque cada componente aporta diversos aspectos. Desde enfermería se valora de manera más precisa la intensidad y frecuencia de los síntomas dado que el cuidado que se realiza diariamente nos permite valorar de forma global los aspectos que van cambiando (E. López, 1998).

La evaluación debe comprender aspectos variados y se emplean diferentes técnicas. Una de ellas es mediante escalas estandarizadas; resultan muy útiles para medir mediante un lenguaje común. Sin embargo, no sirve de nada medir los síntomas

mediante escalas si no hay una valoración perceptiva del paciente. La percepción del paciente nos da tanta o más información que las escalas. Las observaciones de enfermería deben registrarse siempre para analizar la evolución (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008).

Basándonos en los problemas y necesidades detectadas ([Tabla 9](#)), voluntades del paciente y el seguimiento, enfermería elabora el plan de cuidados individualizado. Dado que se trata de una valoración que comprende al paciente como una unidad bio-psico-social, los cuidados deben ir dirigidos a cubrir aspectos, físicos, emocionales y espirituales. El plan de cuidados debe ser acorde a la capacidad y autonomía del propio paciente para participar, promoviendo el autocuidado y la participación. La incapacidad es percibida por el propio paciente como pérdida del sentido de la vida por lo que es importante incidir en la idea de la participación. Mantener la autonomía durante la fase final de la vida es un objetivo deseable (Astudillo et al., 2008).

**Tabla 9.** Necesidades de los enfermos en la fase final de la vida. Fuente: (Astudillo et al., 2008; E. López, 1998). [Elaboración propia]

Necesidades de los enfermos en la fase final de la vida	
<b>Fisiológicas</b>	Buen control sintomático.
<b>Pertenencia</b>	Estar en buenas manos. No sentirse como una carga.
<b>Amor</b>	Poder expresar afecto y recibirlo.
<b>Comprensión</b>	Explicación de los síntomas y la enfermedad. Hablar y entender el proceso de morir.
<b>Aceptación</b>	En relación a su ánimo y sociabilidad.
<b>Autoestima</b>	Participar en la toma de decisiones.
<b>Espirituales</b>	Búsqueda del significado y propósito de la vida.

Por su labor de cuidar, la profesión enfermera es la que más desarrolla y fomenta la relación de ayuda con el paciente y la familia. Se trata de una relación decisiva para la calidad de la asistencia y la percepción de estar bien cuidado; va más allá de lo meramente biológico gracias a técnicas de empatía y escucha activa (Sansó et al., 2016). Pretende acompañar al paciente durante su estancia, no obligar ni presionar, simplemente ver, comprender y ayudar. Cuando el triángulo entre paciente, familia

y equipo es eficaz, el paciente es más participativo en sus autocuidados, de hecho, enfermería únicamente acompaña al paciente en todo lo relacionado a sus propios cuidados. Ayuda a contrarrestar la sensación de estorbo o de inutilidad que los pacientes suelen desarrollar durante esta etapa vital (Muñoz et al., 2015).

El proceso humanizado de muerte desde el cuidado enfermero debe abarcar una serie de requisitos (Adiela, 2016; Figueredo et al., 2019):

- Muerte digna: el ser humano dispone de unos derechos que como enfermeros siempre hemos de respetar, independientemente de la proximidad de su muerte.
- Muerte tranquila: se consigue mediante el respeto hacia la persona, sus deseos, preferencias y autonomía de decisión. Para ellos es necesario haberse interesado por estos aspectos previamente mediante una buena relación de ayuda.
- Muerte en paz: el paciente la alcanza cuando ha aceptado su estado y su desenlace.

Nuestra profesión pretende garantizar que el cuidado durante la etapa final de la vida sea humanizado mediante diferentes acciones. En esta línea, el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE, 2006) califica el objetivo de los cuidados durante el proceso de muerte como: “la calidad de la atención durante la fase final de la vida contribuye en gran medida a una muerte pacífica y digna y reconforta a los miembros de la familia en el duelo y en el proceso de aceptación de su pérdida”.

Como profesionales integrales y dadores de cuidados humanizados desde una perspectiva holística, los profesionales de enfermería deben ser competentes en conceptos y técnicas, así como en conocimientos, habilidades y actitudes humanizadoras para ayudar a conseguir una muerte digna y tranquila. Y, deben brindar el cuidado desde una actitud de compasión y de escucha para paliar las necesidades detectadas (Astudillo et al., 2008; Bátiz, 2019; Figueredo et al., 2019).



## 5. DISCUSIÓN

La humanización de la salud debe ser un compromiso ético de considerar a la persona en su totalidad. Se requiere una intervención holística, global e integral que alcance todas las dimensiones del ser humano: social, emocional, espiritual y física. Debe abarcar a todos los profesionales sanitarios dado que pertenecen a un colectivo que trabaja en contacto directo con las personas, y como tal, tienen el deber de hacerlo de manera humanizada (J. Bermejo y Villacieros, 2018). El profesional de enfermería que aplica sus conocimientos en el mundo sanitario debe tener presente que el paciente es un ser integral y el principal de la asistencia que recibe, y como tal, tiene sus propios valores y creencias que hay que respetar y tener en cuenta en el momento de proporcionarle cuidado (E. López, 1998).

El cuidado humanizado debe darse en todas las etapas de la salud y enfermedad. El principal objetivo de una atención humanizada es el respeto por la dignidad del ser humano, y esta nunca se pierde, independientemente de la etapa vital. Quien se muere es una persona que necesita seguir siendo cuidada íntegramente, incluso después del fallecimiento (Bátiz, 2019; Figueredo et al., 2019).

Esta revisión ha evidenciado que el papel de enfermería en el cuidado humanizado de la muerte es vital por la visión holística del paciente, que significa saber escuchar, acompañar y ayudar a afrontar. Algunos autores como Maqueda M., Gómez B. y Gómez M. señalan que es además la principal figura protectora de la dignidad del paciente al final de su vida (Figueredo et al., 2019; Sánchez, 2015).

Ya desde hace unos años, el proceso de muerte ha sido visto como una etapa vital poco aceptada. Según Bátiz J., gracias a los cuidados paliativos y a la humanización de dicha etapa, la muerte se contempla cada vez más como el final natural del ser humano. La tendencia de aceptar la muerte y convertirla en digna, tranquila y en paz pasa por hacer del cuidado de enfermería un cuidado humano. Es aquí donde desde nuestra profesión se requiere una especial atención y esfuerzo para ayudar a los pacientes y hacer una buena valoración continua (Astudillo et al., 2008; Bátiz, 2019).

Sin embargo, resulta curioso hablar de humanización del cuidado, cuando ya desde el comienzo de la enfermería, las teóricas hablaban de la visión holística de los pacientes. En nuestra profesión integrar las diferentes dimensiones de los pacientes siempre ha sido una prioridad, el ser humano siempre ha sido un ser bio-psico-social (Figueredo et al., 2019). A pesar de ello, en los últimos años se ha hablado cada vez más de la necesidad de mejorar en este aspecto. Reflexionando, he llegado a la conclusión de que esa supuesta “deshumanización” tal vez se deba en gran medida al ritmo de trabajo, modelo de atención a los pacientes, carga de trabajo o gestión de la sanidad.

Un dato a destacar es que la literatura de mayor evidencia científica encontrada acerca de la humanización sanitaria es de apenas 10-15 años, lo que lo convierte en un tema relativamente reciente. Este dato me lleva a barajar dos opciones: la primera, antes de esto no existía tanta preocupación por cómo atender a los pacientes; la segunda, nos hemos relajado en cuanto a la manera de dar el cuidado. Personalmente, creo que puede ser por una mezcla de ambas, cada vez se habla más del respeto de los derechos del paciente y se avala por la participación en su propio tratamiento. No obstante, mientras sucede este gran cambio, se recorta en sanidad haciendo disminuir recursos humanos y materiales.

La literatura revisada analiza la humanización sanitaria como si se tratara de la manera en la que se atiende, del trato cálido y acogedor. Autores más recientes como José Carlos Bermejo destacan que la humanización es mucho más comprometedora, que reclama la dignidad intrínseca del ser humano y que son necesarias políticas que humanicen. El trabajo no es solo de los profesionales sanitarios que trabajan a pie de cama, es una filosofía que abarca a la sociedad y el compromiso debe ser de todos. Es imposible trabajar a favor de un cuidado humanizado cuando el entorno y las políticas no favorecen el trabajo, cuando se hace un mal uso de la tecnología o cuando se trabaja guiándose por los intereses económicos.

No obstante, desde la profesión enfermera tenemos una gran responsabilidad para conseguir que los pacientes sientan la muerte como un proceso individualizado por la gran labor de acompañamiento que ha tenido la enfermería desde el comienzo. La

humanización del cuidado no es ninguna trivialidad y no es una tarea sencilla. Requiere compromiso y esfuerzo por parte del profesional de enfermería, y, sobre todo, adquirir las competencias necesarias. Debería ser nuestro deber como enfermeras, formarnos y adquirir nuevos conocimientos y habilidades para mejorar el cuidado y seguir con el desarrollo y mejora de la humanización en el cuidado de las personas. Porque recibir un cuidado humanizado durante el proceso de salud y enfermedad es un derecho de los seres humanos.

## 6. CONCLUSIONES

1. La enfermedad convierte al ser humano en un ser vulnerable y desprotegido con necesidad de recibir un cuidado de calidad y humanizado, que se convierte en un derecho por la dignidad humana.
2. El cuidado humanizado es un cuidado individualizado y global. Consiste en ofrecer una atención integral de calidad atendiendo las dimensiones espirituales, emocionales, sociales, físicas y psíquicas del paciente porque todas ellas constituyen al ser humano. La atención holística comprende al paciente y la familia como unidad de atención. Se consigue mediante la intervención en diferentes áreas: agentes, vínculo, comunicación e información, entorno y gestión.
3. La deshumanización se produce cuando se atiende la enfermedad aislada contextualmente y ocurre por varios factores que incumben al paciente, a la institución sanitaria y a los profesionales sanitarios.
4. Dado que las enfermedades terminales suponen el 41,36% de las defunciones en Navarra, es necesario hablar de humanización de la asistencia en la etapa final de la vida. Los cuidados paliativos suponen el principal tratamiento en esta fase y tratan de prevenir y aliviar el sufrimiento a través de la evaluación y tratamiento del dolor y otras complicaciones de origen físico, psicológico y espiritual. No se conciben los cuidados paliativos sin una atención humanizada.
5. Para alcanzar la humanización en los cuidados paliativos, es indispensable el control de la sintomatología, la comunicación eficaz, los cambios en los planes de cuidados y la intervención mediante equipos interdisciplinares.
6. Enfermería es el referente en el cuidado en la etapa final de la vida por su visión integral y holística del paciente. Abarca la valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación de las intervenciones. Debe tener unos valores que fomenten y faciliten la atención en esta fase vital.
7. Humanizar el cuidado no es una tarea sencilla, precisa formación y adquisición de nuevos conocimientos. Debería ser una prioridad para todos los profesionales de enfermería, dado que recibir un cuidado humanizado es un derecho de todos.

## **7. PROPUESTA TEÓRICA DE TRABAJO**

### **7.1. Introducción**

El cuidado humanizado se caracteriza por ser un cuidado individualizado, holístico, global y de calidad en el que se contempla al paciente y su familia como una unidad de atención. Siguiendo la corriente de la integralidad del cuidado enfermero, se atienden las dimensiones espirituales, emocionales, sociales, físicas y psíquicas del paciente dado que para conseguir el confort es indispensable conseguir el control de todas ellas (Cuevas, 2016; Guevara et al., 2014).

En un contexto humanizado se intenta hacer más humano al hombre, siendo coherentes con los valores individuales y personales de cada uno. Se trata de respetar la dignidad del ser humano, que se sienta valorado como persona y respetado por sus derechos (Sánchez, 2015).

La humanización del cuidado se convierte en fundamental cuando las personas se encuentran en situación de vulnerabilidad debido a la enfermedad. El ingreso hospitalario supone, aún si cabe, más fragilidad en el paciente, que ve cómo el personal de enfermería se responsabiliza del cuidado. El cuidado humanizado debe darse siempre, independientemente de la etapa vital del paciente porque la dignidad del ser humano es una característica innata y que siempre debe ser respetada (Subdirección General de Humanización de la Asistencia Sanitaria, 2016). Debe darse desde el principio de la vida, hasta el final.

El proceso de muerte es un aspecto muy personal e individual de cada persona, tanto incluso como la vida que le precede. Además, es un momento único e irrepetible, y por eso es tan importante cuidar todos los aspectos importantes para el paciente (Cabodevilla, 2014).

Los cuidados paliativos buscan el mayor bienestar posible para el paciente y su familia, entendiéndose como una característica global que es alcanzada mediante la intervención en las necesidades físicas, psicológicas, emocionales, sociales y espirituales. Por eso mismo, enfermería se convierte en fundamental en esta etapa

vital. Por su naturaleza, la profesión enfermera ha sido y será la encargada de cuidar de los pacientes desde una perspectiva holística que incluye los cuidados en un plan de atención integral (E. López, 1998).

La formación y adquisición de nuevos conocimientos y valores personales son claves para desarrollar las competencias enfermeras necesarias para ejercer bien la labor de cuidar al final de la vida. No es suficiente con tener predisposición y buena actitud, es necesario ir un paso más allá para conseguir el control y manejo de los síntomas, buena comunicación, técnicas de detección de necesidades, etc. para poder conseguir el confort del paciente (Astudillo et al., 2008).

Por lo tanto, este trabajo incluye como propuesta un taller para tratar de mejorar los conocimientos y habilidades del personal de enfermería y conseguir concienciar de la importancia de cuidar humanamente.

Aunque aún sea necesario mucho tiempo para conseguir un sistema sanitario basado en una asistencia completamente humanizada, es importante que los profesionales sanitarios reciban la formación necesaria para el desarrollo de las competencias necesarias.

## **7.2. Análisis del problema**

### **1. Identificación del problema**

En los últimos años ha aumentado la preocupación por la deshumanización de la atención sanitaria y actualmente, hay en marcha varios planes para mejorar en este aspecto (Subdirección General de Humanización de la Asistencia Sanitaria, 2016). Recibir una atención humanizada es un derecho de los pacientes que entran en el sistema sanitario, y, por eso, es importante hacer un énfasis en la formación de los profesionales sanitarios en filosofías humanizadoras.

Por su tarea vinculada al cuidado integral, enfermería siempre ha sido una profesión muy unida a la atención basada en los principios biopsicosociales y en cubrir todas

las necesidades del paciente. Sin embargo, aún queda mucho trabajo para conseguir que todo el proceso de enfermedad por el que pasa el enfermo se base en una atención humanizada, incluido el proceso de muerte.

## 2. Identificación de la población objetivo

Como se ha mencionado durante este trabajo, los profesionales de enfermería son los responsables de proporcionar los cuidados integrales mientras dure la enfermedad, durante todo el proceso vital. Es por eso mismo que deben tener conocimientos suficientes para poder desarrollar las competencias necesarias para alcanzar un cuidado humanizado y de calidad, individualizado a cada paciente, pero con un mismo objetivo, conseguir que el paciente se sienta confortable y valorado.

En consecuencia, el taller irá dirigido al profesional de enfermería que se dedique a cuidar durante la etapa del final de la vida bien en atención especializada o atención primaria. Tendrán prioridad aquellos profesionales que pertenezcan a unidades de cuidados paliativos, oncología y medicina interna.

### 7.3. Programación de las actividades

El taller será impartido a un grupo de doce enfermeros/as, de manera que se pueda facilitar la exposición del taller y la participación.

Para la programación del taller se ha tenido en cuenta como guía el “Manual de educación para la salud” del Gobierno de Navarra (Pérez, Echauri, Ancizu, y Chocarro, 2006).

#### 1. Equipo docente

La humanización del cuidado al final de la vida es responsabilidad de enfermería. Por lo tanto, una enfermera formada en cuidados paliativos, bioética y humanización será la encargada de dar el taller.

#### 2. Objetivos

Objetivo general: Concienciar al personal de enfermería sobre la importancia de humanizar los cuidados al final de la vida.

Objetivos específicos:

- Expresar experiencias previas sobre acciones para humanizar la atención, así como creencias, conocimientos y habilidades.
- Adquirir conocimientos acerca de la humanización sanitaria y su importancia.
- Conocer la humanización del cuidado enfermero, así como los valores personales que humanizan y las necesidades de los pacientes en la etapa final de la vida.
- Utilizar herramientas y recursos para facilitar el desarrollo de competencias para la humanización del cuidado.
- Aplicar los principios de una atención sanitaria humanizada a casos clínicos basados en experiencias reales.

3. Lugar

Se realizará en una sala con espacio como para poder poner las sillas en forma de U para facilitar la interacción entre los participantes y el docente.

4. Recursos

- a. Materiales: sala con sillas y mesas; bolígrafos; post-it y hojas impresas con los ejercicios de los anexos.
- b. Técnicos: ordenador, cañón, pantalla y altavoces.
- c. Humanos: enfermera experta en bioética y humanización.

5. Contenido educativo

- **TEMA 1.** Humanización sanitaria como concepto global
- **TEMA 2.** Dignidad del paciente
- **TEMA 3.** Factores deshumanizantes
- **TEMA 4.** Valores del profesional de enfermería que humaniza el cuidado
- **TEMA 5.** Humanización de los cuidados de enfermería en cuidados paliativos



## 6. Cronograma

El taller que se propone se impartiría en dos sesiones con una duración de dos horas y media cada una.

**Tabla 10.** Cronograma para desarrollar el taller. [Elaboración propia]

Nº SESIÓN	OBJETIVOS	TEMA
<b>SESIÓN 1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Analizar experiencias previas sobre acciones para humanizar la atención, así como creencias, conocimientos y habilidades.</li> <li>Adquirir conocimientos acerca de la humanización sanitaria y su importancia.</li> </ul>	<b>T1-</b> Humanización sanitaria como concepto global <b>T2-</b> Dignidad del paciente <b>T3-</b> Factores deshumanizantes
<b>SESIÓN 2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Incorporar conocimientos sobre la humanización desde la visión enfermera en la etapa final de la vida.</li> <li>Proporcionar herramientas y recursos para facilitar el desarrollo de competencias para la humanización del cuidado.</li> <li>Al finalizar el taller, los participantes deberán ser capaces de proporcionar una atención basada en la filosofía humanizadora de la atención sanitaria.</li> </ul>	<b>T4-</b> Valores del profesional de enfermería que humaniza el cuidado <b>T5-</b> Humanización de los cuidados de enfermería en cuidados paliativos

## 7. Metodología

**1ª SESIÓN: NUESTRA EXPERIENCIA CON LA HUMANIZACIÓN DEL CUIDADO Y CLARIFICACIÓN DE CONCEPTOS****Tabla 11.** Planificación de la sesión 1 del taller. [Elaboración propia]

CONTENIDOS	MATERIAL	TÉCNICA	AGRUPACIÓN	TIEMPO
Acogida y presentación del taller.	-	Relación: acogida y presentación	G	10 min
Presentación de los participantes, y, de sus experiencias y creencias previas sobre humanizar la asistencia.	Tormenta de ideas	Investigación en aula: tormenta de ideas	G	20 min
Cuestionario sobre conocimientos de humanización sanitaria como concepto global, y puesta en común.	Cuestionario [ <a href="#">Anexo 3</a> ]	Investigación en aula: cuestionario	I	20 min
Ficha sobre los factores que deshumanizan la atención en base a los conocimientos actuales y puesta en común.	Rejilla [ <a href="#">Anexo 4</a> ]	Investigación en aula: rejilla	P	30 min
Visualización de un video y discusión sobre el contenido y las malas prácticas. <b>Centro San Camilo. "Humanizar el cuidado. De la mala a la buena práctica"</b> <a href="https://www.youtube.com/watch?v=FZ0dTnRoASl">https://www.youtube.com/watch?v=FZ0dTnRoASl</a>	Video, proyector, PC y altavoces	Expositiva: video con discusión	G	20 min
Visualización de dos videos para incorporar conocimientos acerca del concepto de humanización de los sistemas sanitarios y posterior discusión. <b>Humanización de la asistencia al final de la vida PARTE I y II</b> <a href="https://www.youtube.com/watch?v=GlKroKkQ76I&amp;t=6s">https://www.youtube.com/watch?v=GlKroKkQ76I&amp;t=6s</a> <a href="https://www.youtube.com/watch?v=1WCcyA5EI_c">https://www.youtube.com/watch?v=1WCcyA5EI_c</a>	Videos, proyector, PC y altavoces	Expositiva: video con discusión	G	30 min
Puesta en común de las conclusiones de la sesión, factores deshumanizantes, acciones y estrategias para humanizar...	Post-it	Análisis: discusión	G	20 min

\* Las agrupaciones son G (grupo grande), P (grupo pequeño, 4 grupos de 3 personas) y I (individual).

La sesión tendrá una duración de 2 horas y 30 minutos distribuida de la siguiente manera. En los primeros 10 minutos la enfermera encargada de dar el taller y formada en bioética y humanización se presentará. Hará una breve introducción y presentará los objetivos del taller, así como la metodología, gracias a las técnicas de acogida y presentación.

A partir de este momento, la sesión se dividirá en tres partes:

- La primera tendrá una duración aproximada de 70 minutos y servirá para comentar las experiencias de los participantes y ver qué conocimientos previos tienen respecto al tema. Los primeros 20 minutos servirán para hacer una presentación de los participantes y una pequeña tormenta de ideas sobre el tema. Esta información se completará mediante un cuestionario individual [Anexo 3] sobre la humanización y sus conceptos globales (20 min) y la posterior puesta en común. Y, por último, dispondrán de 30 minutos para discutir en grupos pequeños sobre las posibles causas que deshumanizan la asistencia y rellenar la rejilla [Anexo 4].
- La segunda parte del taller, 50 minutos, será para la adquisición de nuevos conocimientos de manera global. La visualización de un video y la discusión ayudarán a ver en otros los errores más comunes que deshumanizan el cuidado de los pacientes (20 min). Posteriormente, en los siguientes 30 minutos, tendrán la oportunidad de ver dos videos sobre la humanización sanitaria y habrá tiempo para discutir y comentarlos.
- Para finalizar esta sesión, los últimos 20 minutos se dedicarán a hacer un pequeño resumen de las ideas más importantes de la sesión y se anotarán en pequeños post-it que dejaremos pegados en las paredes del aula.

Para poder llevar a cabo esta sesión será necesario el siguiente material:

- 12 copias del Cuestionario [Anexo 3]
- 4 copias de la Rejilla [Anexo 4]
- Ordenador, proyector y altavoces
- Post-it

**2ª SESIÓN: SER COMPETENTES EN CUIDADOS HUMANIZADOS AL FINAL DE LA VIDA****Tabla 12.** Planificación de la sesión 2 del taller. [Elaboración propia]

CONTENIDOS	MATERIAL	TÉCNICA	AGRUPACIÓN	TIEMPO
Acogida y recuerdo de lo escrito en los post-it.	-	Relación: acogida	G	20 min
Visualización de un video explicativo sobre los valores que debe tener una enfermera que humaniza el final de la vida. <b>Valores y cualidades del profesional de enfermería que humaniza el cuidado</b> <a href="https://www.youtube.com/watch?v=RQV2skzFYFc">https://www.youtube.com/watch?v=RQV2skzFYFc</a>	Video, proyector, PC y altavoces	Expositiva: video con discusión	G	20 min
Demostración práctica de los valores para humanizar el cuidado.	Ejercicios [ <a href="#">Anexo 5</a> ]	Desarrollo de habilidades: simulación operativa	P	20 min
Análisis de un texto sobre la comunicación en nuestra profesión y puesta en común.	Ejercicio con frases [ <a href="#">Anexo 6</a> ]	Análisis: análisis de frases	P	25 min
Exposición sobre el concepto de humanización del cuidado enfermero y algunos conceptos.	Documento PPT, proyector y PC [ <a href="#">Anexo 7</a> ]	Expositiva: video con discusión o exposición	G	20 min
Demostración de lo aprendido durante el taller mediante interpretación y posterior debate (los propios compañeros medirán el uso de lo aprendido mediante un check-list).	Ejercicio con diferentes situaciones [ <a href="#">Anexo 8</a> ] [ <a href="#">Anexo 9</a> ]	Desarrollo de habilidades: rol-playing	P	30 min
Cuestionario de satisfacción para rellenar los participantes.	Cuestionario evaluación [ <a href="#">Anexo 10</a> ]	Investigación en aula: cuestionario	I	15 min

\* Las agrupaciones son G (grupo grande), P (grupo pequeño, 4 grupos de 3 personas) y I (individual).

La sesión tendrá una duración de 2 horas y 30 minutos distribuida de la siguiente manera. Los primeros 20 minutos, los dedicaremos a dar la bienvenida y a hacer un pequeño resumen de la sesión anterior recordando lo que se escribió en los post-it.

A partir de este momento la sesión se dividirá en cuatro partes:

- La primera será una mezcla de teoría y práctica. Los primeros 40 minutos los dedicaremos para hablar sobre los valores y cualidades que debe tener un profesional de enfermería para dar un cuidado humanizado. 20 minutos serán ver un pequeño video y comentarlo, y los siguientes 20 para poner en práctica lo explicado [Anexo 5]. Después, continuaremos hablando sobre la importancia de la comunicación mediante unos ejercicios [Anexo 6] (25 minutos).
- La siguiente parte de la sesión, teórica, durará aproximadamente 20 minutos y será para exponer una presentación [Anexo 7] sobre el cuidado humanizado de enfermería y de la importancia del cuidado.
- La tercera parte será completamente práctica mediante role-playing. Los participantes divididos en grupos pequeños dispondrán de 30 minutos para presentar un caso [Anexo 8]. Los propios compañeros dispondrán de unas fotocopias con diferentes ítems para valorar en otros el uso de herramientas y estrategias de humanización aprendidas durante el curso, y así poder proporcionar un feedback constructivo [Anexo 9].
- Por último, los participantes dispondrán de 15 minutos para rellenar un cuestionario [Anexo 10] de manera individual para valorar el taller.

Al final de la sesión, se aprovechará para dar las gracias por la asistencia y participación en el taller. Para concluir, habrá un poco de tiempo para que comenten o pregunten dudas.

Para poder llevar a cabo esta sesión será necesario el siguiente material:

- Ordenador, proyector y altavoces
- 4 copias del ejercicio sobre los valores [Anexo 5]
- 4 copias del ejercicio sobre la comunicación [Anexo 6]
- Presentación [Anexo 7]
- 4 copias del ejercicio para role-playing [Anexo 8]
- 4 copias del check-list [Anexo 9]
- 12 copias del cuestionario de satisfacción [Anexo 10]

#### **7.4. Resultados**

La evaluación del taller se realizará durante y al finalizar el programa. La evaluación la realizarán tanto el equipo docente, como los profesionales de enfermería a los que está dirigido el taller.

Durante el taller el profesional docente será el encargado de realizar una valoración continua del taller [[Anexo 11](#)] para valorar los aspectos que se mencionan a continuación. Los participantes del taller podrán valorar la formación mediante el cuestionario de satisfacción al finalizar la segunda sesión [[Anexo 10](#)].

Por otro lado, se controlará la asistencia de los participantes mediante firmas. Para la obtención del título es necesaria la asistencia al 100% de las sesiones [[Anexo 12](#)].

##### **1. Evaluación de la estructura del programa**

El objetivo es conocer si los recursos utilizados han sido adecuados para llevar a cabo las diferentes actividades a lo largo del taller. Se utilizará un cuestionario a modo de evaluación que será rellenado por los participantes durante los últimos 20 minutos del segundo día del taller [[Anexo 10](#)].

## 2. Evaluación del proceso del taller

Evaluar el desarrollo del taller requiere por parte de los agentes que imparten el taller atención durante todo el proceso de enseñanza. Se valoran la adecuación de las técnicas, el tiempo necesitado y actitud del grupo [[Anexo 11](#)].

## 3. Evaluación de los resultados

Se pretende valorar el cumplimiento o no de los objetivos marcados. Se utilizará para ello las diferentes actividades que incluye el plan. Mediante el role – playing que se realizará en la segunda sesión se pretende evaluar los conocimientos adquiridos, así como las habilidades aprendidas respecto a la humanización del cuidado de enfermería. Para ello, el docente dispondrá de un check-list en el que se evaluarán diferentes ítems [[Anexo 9](#)].

## **8. AGRADECIMIENTOS**

En la realización de este proyecto tengo que agradecer a mi tutora, Esther Ezquerro Rodríguez por guiarme estos meses y por su disposición, dedicación y recomendaciones desde el principio del trabajo.

También agradezco a mi familia por confiar en mí y enseñarme que el esfuerzo merece la pena. A mi compañero por haber hecho el camino un poco más fácil. Y a mis amigos por ayudarme a desconectar y disfrutar cuando lo he necesitado.



## 9. BIBLIOGRAFÍA

- Adiela, M. (2016). Cuidado humanizado de enfermería al final de la vida: el proceso humanizado de muerte. *Revista Colombiana de Enfermería*, 13(11), 16–25. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.18270/.v13i11.1898>
- Alonso, J. P. (2013). Cuidados paliativos: entre la humanización y la medicalización del final de la vida. *Ciencia e Saude Coletiva*, 18(9), 2541–2548. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000900008>
- Astudillo, W., Mendinueta, C., y Astudillo, E. (2008). *Cuidados del enfermo en el final de la vida y atención a su familia* (Quinta edi). Navarra: EUNSA.
- Bátiz, J. (2019). Ante la muerte ¿cómo cuidar a las personas? *Revista Iberoamericana de Bioética*, (11), 1–14. <https://doi.org/10.14422/rib.i11.y2019.002>
- Bermejo, J. C. (2010). Humanizar el abordaje del dolor y del sufrimiento. Recuperado de <https://www.josecarlosbermejo.es/humanizar-el-abordaje-del-dolor-y-del-sufrimiento/>
- Bermejo, J. C. (2014). ¿Derecho a la humanización? Recuperado de <https://www.josecarlosbermejo.es/derecho-a-la-humanizacion/>
- Bermejo, J. C., y Villacieros, M. (2013). *El compromiso de la humanización en las instituciones sociosanitarias*. Recuperado de <https://www.josecarlosbermejo.es/el-compromiso-de-la-humanizacion-en-las-instituciones-sociosanitarias/>
- Bermejo, J., y Villacieros, M. (2018). Humanización y acción. *Revista Iberoamericana de Bioética*, (8). <https://doi.org/10.14422/rib.i08.y2018.005>
- Cabodevilla, I. (2014). *Guía no farmacológica de atención en enfermedades avanzadas*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Centeno, C., Azaola, B., Huarte, P., Lama, M., Martínez, M., Meléndez, A., y Salgado, E. (2009). *Guía de recursos de cuidados paliativos en Navarra*. Recuperado de

<https://www.navarra.es/NR/ronlyres/E4A154FD-6D5A-4024-8A5D-CAA7113B3F8A/142136/GuiadeRecursosdeCuidadosPaliativosenNavarra1.pdf>

Codorniu, N., Guanter, L., Molins, A., y Utor, L. (2013). *Competencias enfermeras en cuidados paliativos*. Recuperado de [http://www.secpal.com//Documentos/Blog/MONOGRAFIA 3.pdf](http://www.secpal.com//Documentos/Blog/MONOGRAFIA%203.pdf)

Consejo Internacional de Enfermeras (CIE). (2006). *Declaración de posición del CIE sobre la función de la enfermera que dispensa cuidados a los pacientes moribundos y a sus familiares*. Recuperado de <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0161.php>

Correa, M. L. (2016). La humanización de la atención en los servicios de salud: un asunto de cuidado. *Revista CUIDARTE*, 7(1), 1227–1231. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v7i1.300>

Cotrim, B., Menani, I., de Souza, R., da Silva, T., Clemente, G., y Aline, V. (2017). The perception of nurses of a general hospital on palliative care. *J Nurs UFPE on Line*, 11(6), 2288–2293. <https://doi.org/10.5205/reuol.10827-96111-1-ED.1106201705>

Cuartas, P., Charry, R.-L., Ospina, P., y Carreño, S. (2019). Cuidado espiritual: una mirada desde el modelo de manejo de síntomas y el cuidado paliativo. *Rev. Colomb. Enferm.*, 18(1), 1–17. [https://doi.org/https://doi.org/10.18270/rce.v18i1.2341](https://doi.org/10.18270/rce.v18i1.2341)

Cuevas, V. (2016). *Humanización en cuidado paliativo: escuchar, acompañar y respetar al otro*. Pontificia Universidad Javeriana.

Departamento de Salud. Gobierno de Navarra. (2017). *Estrategia De Humanización Del Sistema Sanitario Público De Navarra*. Recuperado de [https://www.navarra.es/NR/ronlyres/684B6D5D-02FA-465D-9F1C-EC60CE963B0C/430016/estrategia\\_de\\_humanizacion\\_del\\_sistema\\_sanitario\\_p.pdf](https://www.navarra.es/NR/ronlyres/684B6D5D-02FA-465D-9F1C-EC60CE963B0C/430016/estrategia_de_humanizacion_del_sistema_sanitario_p.pdf)

Diccionario de la Lengua Española. RAE. (2020). Humanizar. Recuperado de <https://dle.rae.es/?w=humanizar>

Figueredo, N., Ramírez, M., Nurczyk, S., y Díaz, V. (2019). Modelos y teorías de enfermería: sustento para los cuidados paliativos. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 8(2), 22–33. <https://doi.org/https://doi.org/10.22235/ech.v8i2.1846>

García, J., y García, A. (2015). Humanización en la asistencia clínica oncológica. *PSICOONCOLOGÍA*, 2(1), 149–156.

García, M. E. (2014). Humanizar la asistencia en los grandes hospitales: un reto para el profesional sanitario. *Metas Enfermería*, 17(1), 70–74. Recuperado de <http://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/80549/>

Guevara, B., Evies, A., Rengifo, J., Salas, B., Manrique, D., y Palacio, C. (2014). Global nursing care: an integrating vision in times of crisis. *Enfermería Global*, 33, 328–335.

Instituto de Estadística de Navarra. Nastat. (2018). Información estadística: Población y demografía. Recuperado de <https://administracionelectronica.navarra.es/GN.InstitutoEstadistica.Web/informacionestadistica.aspx?R=1&E=1>

Instituto Nacional de Estadística. INE. (2018). Defunciones por causas (lista reducida), sexo y edad. Recuperado de <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p417/a2018/l0/&file=01001.px>

López, E. (1998). *Enfermería en cuidados paliativos*. Madrid: Panamericana.

López, L. (2018). *Humanizar la asistencia sanitaria en los cuidados al final de la vida*. Recuperado de <https://publicacionesdidacticas.com/hemeroteca/articulo/095007/articulo-pdf>

Lozano, B., y Huertas, M. (2017). Cuidados paliativos, cuidados compartidos. *Cultura*

*de Los Cuidados*, 21(49), 100–107. <https://doi.org/10.14198/cuid.2017.49.11>

Maqueda, M. Á., Gómez, B., y Gómez, M. del M. (2016). La enfermería ante el paciente terminal: abordaje integral de los cuidados paliativos. In *Avances de Investigación en Salud a lo largo del Ciclo Vital*. Recuperado de [https://formacionasunivep.com/cice2016/files/LIBRO\\_AVANCES.pdf#page=195](https://formacionasunivep.com/cice2016/files/LIBRO_AVANCES.pdf#page=195)

Martínez, M. B., Monleón, M., Carretero, Y., y Garc, M. a T. (2012). *Enfermería en cuidados paliativos y al final de la vida*. Recuperado de <https://ebookcentral.proquest.com/lib/upnasp-ebooks/reader.action?docID=3429621&ppg=1>

Ministerio de Sanidad y Consumo. (2008). *Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos*. Recuperado de [https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk\\_publicaciones/eu\\_argital/adjuntos/lehen/cuidadosPaliativos.pdf](https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk_publicaciones/eu_argital/adjuntos/lehen/cuidadosPaliativos.pdf)

Muñoz, A., Morales, I., Bermejo, J. C., y Galán, J. M. (2015). La relación de ayuda en enfermería. *Index de Enfermería*, 23(4), 229–233. <https://doi.org/10.4321/S1132-12962014000300008>

OMS. (2014). *Global atlas of palliative care at the end of life*. Recuperado de [https://www.who.int/nmh/Global\\_Atlas\\_of\\_Palliative\\_Care.pdf](https://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf)

OMS. (2018). Cuidados paliativos. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

Pérez, M. J., Echauri, M., Ancizu, E., y Chocarro, J. (2006). *Manual de Educación para la Salud*. Recuperado de <https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/049B3858-F993-4B2F-9E33-2002E652EBA2/194026/MANUALdeeducacionparalasalud.pdf>

Posse, P. (2013). *¿Qué es humanizar? Claves para la humanización de la atención a personas mayores*. Recuperado de [http://www.humanizar.es/fileadmin/documentos/EscuelaFamilia/Alzheimer\\_y\\_Dependencia/Claves\\_para\\_la\\_humanizacion\\_de\\_la\\_atencion\\_a\\_personas\\_ma](http://www.humanizar.es/fileadmin/documentos/EscuelaFamilia/Alzheimer_y_Dependencia/Claves_para_la_humanizacion_de_la_atencion_a_personas_ma)

yores.pdf

Povedano, M. (2012). *Habilidades de comunicación del personal sanitario en el cuidado del paciente paliativo* (Universidad de Almería). Recuperado de <http://repositorio.ual.es/bitstream/handle/10835/3957/Trabajo.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Román, B. (2013). Para la humanización de la atención sanitaria: los cuidados paliativos como modelo. *Med Paliat*, 20(1), 19–25. <https://doi.org/10.1016/j.medipa.2012.10.002>

Sánchez, B. (2015). *Detección de factores asociados a las creencias sobre humanización-deshumanización en el entorno de la enfermería clínica en el Área de Gestión Sanitaria Sur de Sevilla* (Universidad de Sevilla). Recuperado de <https://idus.us.es/handle/11441/41379>

Sansó, N., y Pades, A. (2016). Estilos de la relación de ayuda. Visión desde los cuidados paliativos. *Agora de Enfermería*, 20(2), 53–55. Recuperado de <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=12&sid=e2147ce9-b69f-4129-9739-85db3a13a514%40sessionmgr102>

SECPAL. (2020). Guía de Cuidados Paliativos. Recuperado de [https://www.secpal.com/biblioteca\\_guia-cuidados-paliativos-1](https://www.secpal.com/biblioteca_guia-cuidados-paliativos-1)

Solano, J. P., Gomes, B., y Higginson, I. J. (2006, January). A comparison of symptom prevalence in far advanced cancer, AIDS, heart disease, chronic obstructive pulmonary disease and renal disease. *Journal of Pain and Symptom Management*, Vol. 31, pp. 58–69. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2005.06.007>





Subdirección General de Humanización de la Asistencia Sanitaria. (2016). *Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019. Consejería de Sanidad*. Recuperado de <https://www.comunidad.madrid/transparencia/sites/default/files/plan/docum>


ent/881\_232\_bvcm017902\_0.pdf

Zulueta, M., Prieto, M., y Bermejo, L. (2018). La calidad del cuidado enfermero en el ámbito paliativo. *Cultura de Los Cuidados*, 22(52), 195–204. <https://doi.org/10.14198/cuid.2018.52.18>

## 10. ANEXOS

**ANEXO 1.** Estrategia de búsqueda realizada en diversas fuentes bibliográficas.

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA							S
B A S E S  D E  D A T O S	<b>DIALNET</b> 	<b>1ª Búsqueda</b>	<b>2ª Búsqueda</b>	<b>3ª Búsqueda</b>	<b>4ª Búsqueda</b>	<b>5ª Búsqueda</b>	9
		Humanización AND Final de la vida	Humanización AND Cuidados paliativos	Cuidado paliativo AND Enfermería	Humanización sanitaria	Humanización enfermería AND Cuidado paliativo	
		R: 28 → S: 1	R: 12 → S: 1	R: 112 → S: 5	R: 52 → S: 2	R: 2 → S: 0	
	<b>PUBMED</b> 	<b>1ª Búsqueda</b>	<b>2ª Búsqueda</b>	<b>3ª Búsqueda</b>	<b>4ª Búsqueda</b>	<b>5ª Búsqueda</b>	2
		Humanization AND End of life	Humanization AND Palliative Care	Palliative care AND Nursing	Humanization	Symptom prevalence AND Cancer	
		R: 9 → S: 1	R: 7 → S: 0	R: 2373 → S: 0	R: 89 → S: 0	R: 14 → S: 1	
	<b>CINAHL</b> 	<b>1ª Búsqueda</b>	<b>2ª Búsqueda</b>	<b>3ª Búsqueda</b>	<b>4ª Búsqueda</b>	<b>5ª Búsqueda</b>	2
		Humanización AND Final de la vida	Humanization AND Palliative Care	Cuidado paliativo AND Enfermería	Humanization of care	Nursing humanization AND Palliative care	
		R: 1 → S: 0	R: 11 → S: 1	R: 187 → S: 0	R: 19 → S: 1	R: 6 → S: 0	
U P N A	<b>SIRIUS</b> 	<b>1ª Búsqueda</b>	<b>2ª Búsqueda</b>	<b>3ª Búsqueda</b>	<b>4ª Búsqueda</b>	<b>5ª Búsqueda</b>	8
		Humanización AND Final de la vida	Humanización AND Cuidados paliativos	Cuidado paliativo AND Enfermería	Humanización sanitaria	Humanización enfermería AND Cuidado paliativo	
		R: 96 → S: 3	R: 91 → S: 1	R: 152 → S: 1	R: 150 → S: 2	R: 82 → S: 1	

B U S C A D O R	<div>GOOGLE ACADÉMICO</div> <div></div>	1ª Búsqueda		1
		Oncología AND humanización		
		R: 9.980 → S: 1		
P Á G I N A S  W E B	NASTAT	Número de defunciones por enfermedades terminales durante el 2018.	<a href="https://administracionelectronica.navarra.es/GN.InstitutoEstadistica.Web/informacionestadistica.aspx?R=1yE=1">https://administracionelectronica.navarra.es/GN.InstitutoEstadistica.Web/informacionestadistica.aspx?R=1yE=1</a>	
	INE	Número de defunciones por enfermedades terminales durante el 2018.	<a href="https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p417/a2018/I0/yfile=01001.px">https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p417/a2018/I0/yfile=01001.px</a>	
	RAE	Definición: humanizar.	<a href="https://dle.rae.es/?w=humanizar">https://dle.rae.es/?w=humanizar</a>	
	OMS	Cuidados paliativos.	<a href="https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care">https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care</a>	
		Atlas global de cuidados paliativos.	<a href="https://www.who.int/nmh/GlobalAtlasofPalliativeCare.pdf">https://www.who.int/nmh/GlobalAtlasofPalliativeCare.pdf</a>	
	SECPAL	Guía de cuidados paliativos.	<a href="https://www.secpal.com/biblioteca_guia-cuidados-paliativos-1">https://www.secpal.com/biblioteca_guia-cuidados-paliativos-1</a>	
	Gobierno de Navarra Departamento de Salud	Guía de recursos de cuidados paliativos en Navarra.	<a href="https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/E4A154FD-6D5A-4024-8A5D-CAA7113B3F8A/142136/GuideRecursosdeCuidadosPaliativosenNavarra1.pdf">https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/E4A154FD-6D5A-4024-8A5D-CAA7113B3F8A/142136/GuideRecursosdeCuidadosPaliativosenNavarra1.pdf</a>	
Estrategia de humanización del sistema sanitario público de Navarra.		<a href="https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/684B6D5D-02FA-465D-9F1C-EC60CE963B0C/430016/estrategia_de_humanizacion_del_sistema_sanitario_p.pdf">https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/684B6D5D-02FA-465D-9F1C-EC60CE963B0C/430016/estrategia_de_humanizacion_del_sistema_sanitario_p.pdf</a>		



	Comunidad de Madrid	Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019.	<a href="https://www.comunidad.madrid/transparencia/sites/default/files/plan/document/881_232_bvcm017902_0.pdf">https://www.comunidad.madrid/transparencia/sites/default/files/plan/document/881_232_bvcm017902_0.pdf</a>
	Ministerio de Sanidad y Consumo	Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos.	<a href="https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk_publicaciones/eu_argital/adjuntos/lehen/cuidadosPaliativos.pdf">https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk_publicaciones/eu_argital/adjuntos/lehen/cuidadosPaliativos.pdf</a>
	Consejo Internacional de Enfermeras	Función de la enfermera en cuidados paliativos.	<a href="http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0161.php">http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0161.php</a>
	Centro de Humanización de la Salud	Humanización de la atención.	<a href="http://www.humanizar.es/fileadmin/documentos/EscuelaFamilia/Alzheimer_y_Dependencia/Claves_para_la_humanizacion_de_la_atencion_a_personas_mayores.pdf">http://www.humanizar.es/fileadmin/documentos/EscuelaFamilia/Alzheimer_y_Dependencia/Claves_para_la_humanizacion_de_la_atencion_a_personas_mayores.pdf</a>
	José Carlos Bermejo	Documentación sobre humanización sanitaria.	<a href="https://www.josecarlosbermejo.es/">https://www.josecarlosbermejo.es/</a>
LIBROS	Astudillo, W., Mendinueta, C., y Astudillo, E. (2008). <i>Cuidados del enfermo en el final de la vida y atención a su familia</i> (Quinta edi). Navarra: EUNSA.		
	Cabodevilla, I. (2014). <i>Guía no farmacológica de atención en enfermedades avanzadas</i> . Bilbao: Desclée De Brouwer.		
	López, E. (1998). <i>Enfermería en cuidados paliativos</i> . Madrid: Panamericana.		
R: resultado S: seleccionado			

**ANEXO 2. Análisis de los artículos seleccionados.**

<b>Autores, año</b>	<b>Revista/Lugar de publicación</b>	<b>Título</b>	<b>Diseño</b>	<b>Principales resultados</b>
<b>Adiela, M. (2016)</b>	Colombiana de Enfermería	Cuidado humanizado de enfermería al final de la vida: el proceso humanizado de muerte	Estudio cualitativo	El objetivo del cuidado de enfermería es alcanzar una muerte digna, tranquila y en paz. Para ello los cuidados se dan antes, durante y tras la muerte.
<b>Alonso, J.P. (2013)</b>	Ciencia e Saude Colectiva	Cuidados paliativos: entre la humanización y la medicalización del final de la vida	Investigación observacional y preguntas semi-estructuradas	Para abordar más humanamente es indispensable hacerlo de manera integral, se valoran aspectos que antes no eran tan importantes y que inciden en la muerte del paciente.
<b>Bátiz, J. (2019)</b>	Iberoamericana de Bioética	Ante la muerte ¿cómo cuidar a las personas?	Revisión de la literatura	La integridad de quien se muere debe ser respetada para aliviar sus molestias. Acompañar durante la muerte facilita el proceso.
<b>Correa, M. (2016)</b>	CUIDARTE	La humanización de la atención en los servicios de salud: un asunto de cuidado	Revisión de la literatura	Para humanizar es indispensable la formación en competencias para el cuidado, cambiar las políticas de gestión e implantar instrumentos que lo favorezcan.

<b>Cotrim, B., Menani, I., de Souza, R., da Silva, T., Clemente, G., Aline, V. (2017)</b>	Nurs UFPE	The perception of nurses of a general hospital on palliative care	Estudio descriptivo con enfoque cualitativo	El estudio ha demostrado que el equipo estudiado precisa perfeccionamiento por las percepciones incorrectas. Los cuidados paliativos humanizan la muerte.
<b>Cuartas, P., Charry, R., Ospina, P., Carreño, S. (2019)</b>	Colombiana de Enfermería	Cuidado espiritual: una mirada desde el modelo de manejo de síntomas y el cuidado paliativo	Revisión sistemática de la literatura	La espiritualidad es una dimensión más a tener en cuenta del paciente, comienza con el acompañamiento y la escucha activa y ello requiere preparación de los profesionales de enfermería.
<b>Cuevas, V. (2016)</b>	Pontificia Universidad Javeriana	Humanización en cuidado paliativo: escuchar, acompañar y respetar al otro	Revisión de la literatura	La atención al final de la muerte debe basarse en escucha y respeto mutuo para comprender al enfermo y hacerse entender como profesional.
<b>Figueredo, N., Ramírez, M., Nurczyk, S., Diaz, V. (2019)</b>	Enfermería: Cuidados Humanizados	Modelos y teorías de enfermería: sustento para los cuidados paliativos	Revisión integrativa	Existen diferentes modelos y teorías para explicar el cuidado, pero todas ellas destacan la continuidad de cuidados. Para ejercer, es necesario poseer competencias conceptuales y técnicas.

<b>García, M. (2014)</b>	Metas Enfermería	Humanizar la asistencia en los grandes hospitales: un reto para el profesional sanitario	Revisión de la literatura	Son igual de importantes las necesidades sociales, emocionales, físicas y psicológicas, y todas deben ser tratadas desde el cuidado enfermero desde la ética y el respeto de la dignidad humana.
<b>Guevara, B., Evies, A., Rengifo, J., Salas, B., Manrique, D., Palacio, C. (2014)</b>	Enfermería Global	Global nursing care: an integrating vision in times of crisis	Revisión de la literatura	El ser humano es integral anclado en un ambiente y con unos valores y creencias que deben ser respetadas. El cuidado enfermero debe atender todos esos aspectos mencionados.
<b>López, L. (2018)</b>	Universidad Complutense de Madrid	Humanizar la asistencia sanitaria en los cuidados al final de la vida	Revisión de la literatura	Los cuidados de enfermería deben comprender a la persona holísticamente, para poder alcanzar una atención de calidad y que vaya más allá de lo visible. Los cuidados al final de la vida deben ir enfocados al alivio del dolor y sufrimiento, y el enfermero responsable debe tener claras las diferencias entre ambos.
<b>Lozano, B., Huertas, M. (2017)</b>	Cultura de los Cuidados	Cuidados paliativos, cuidados compartidos	Revisión de la literatura	En los cuidados paliativos la atención a la familia es muy importante. Familia y equipo multidisciplinar deben trabajar conjuntamente por el bien del paciente, para la satisfacción de sus necesidades.

<b>Maqueda, M., Gómez, B., Gómez, M. (2016)</b>	Avances de Investigación en Salud a lo largo del Ciclo Vital	La enfermería ante el paciente terminal: abordaje integral de los cuidados paliativos	Revisión de la literatura	La figura enfermera en los cuidados paliativos es indispensable por su aportación desde los cuidados de todas las necesidades detectadas y escucha activa.
<b>Martínez, M.B., Monleón, M., Carretero, Y., Garc, M. (2012)</b>	Elsevier	Enfermería en cuidados paliativos y al final de la vida		No se conciben los cuidados paliativos sin la figura enfermera por su gran visión holística del paciente. El acompañamiento durante la muerte facilita el proceso.
<b>Muñoz, A., Morales, I., Bermejo, J., Galán, J. (2015)</b>	Index de Enfermería	La relación de ayuda en enfermería	Revisión de la literatura	La relación entre enfermera-paciente es vital para alcanzar el confort deseado. La enfermera es la figura perfecta para empatizar con el paciente y entenderlo gracias a lo empático de su profesión.
<b>Povedano, M. (2012)</b>	Universidad de Almería	Habilidades de comunicación del personal sanitario en el cuidado del paciente paliativo	Estudio cuantitativo cuasi- experimental	Es precisa la formación en comunicación para alcanzar una comunicación efectiva, autocontrol de las emociones y reducir el miedo a hablar de malas noticias. Se requiere tener conocimientos teórico- prácticos.

<b>Román, B. (2013)</b>	Medicina Paliativa	Para la humanización de la atención sanitaria: los cuidados paliativos como modelo	Revisión de la literatura	La forma de dar la atención en los cuidados paliativos debería ser el modelo de atención en el resto de servicios. Es una manera de mejorar la asistencia y hacerla más humanizada durante todo el proceso de salud y enfermedad.
<b>Sánchez, B. (2015)</b>	Universidad de Sevilla	Detección de factores asociados a las creencias sobre humanización-deshumanización en el entorno de la enfermería clínica en el Área de Gestión Sanitaria Sur de Sevilla	Revisión de la literatura y estudio descriptivo e inferencial	La deshumanización se da en gran medida por el interés en ser rentables, sin incluir objetivos que humanicen. La relación dentro del equipo de trabajo afecta directamente en el trato que recibe el paciente. Es indispensable el control de todos los factores que deshumanizan para cuidar con calidez.
<b>Sansó, N., Pades, A. (2016)</b>	Agora de Enfermería	Estilos de la relación de ayuda. Visión desde los cuidados paliativos	Revisión de la literatura	La relación entre paciente-sanitario es primordial para ayudar y acompañar en el proceso de salud y enfermedad. Siempre es importante, sin embargo, en los cuidados paliativos, se convierte en más importante aún si cabe por la influencia en la confianza necesaria para manifestar las necesidades y preocupaciones del paciente.

<b>Solano, J., Gomes, B., Higginson, I. (2006)</b>	Journal of Pain and Symptom Management	A comparison of symptom prevalence in far advanced cancer, AIDS, heart disease, chronic obstructive pulmonary disease and renal disease	Revisión sistemática	La sintomatología en las enfermedades terminales es muy variada, aunque el dolor es el síntoma más frecuente y común.
<b>Zulueta, M., Prieto, M., Bermejo, L. (2018)</b>	Cultura de los Cuidados	La calidad del cuidado enfermero en el ámbito paliativo	Revisión de la literatura	La calidad de los cuidados de enfermería no ha sido muy estudiada hasta el momento, sin embargo, es una dimensión primordial. No existen escalas concretas para medir dicha característica.

**ANEXO 3. Cuestionario sobre humanización de la asistencia sanitaria.**

**¿CUÁNTO SABEMOS SOBRE LA HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA  
SANITARIA?**

Como bien sabéis, en un proceso de aprendizaje el primer paso es saber los conocimientos que se tiene acerca del tema que se va a estudiar. En la medida que podáis, responded a las siguientes preguntas:

**Pregunta 1:** ¿Qué consideras que es la humanización de la asistencia sanitaria?

**Pregunta 2:** Cita al menos 3 áreas en las que trabajar a favor de la humanización sanitaria (no tiene por qué ser exclusivamente desde el cuidado enfermero).

- 1.
- 2.
- 3.

**Pregunta 3:** ¿Crees que actualmente se trabaja desde un cuidado humanizado? Redondea un número de la siguiente escala, sabiendo que 1 nada frecuente y 5 muy frecuente.

1      2      3      4      5

**Pregunta 4:** En caso de haber seleccionado los valores 1, 2 o 3 justifica a qué puede deberse. En caso de haber seleccionado el valor 4 o 5, menciona en qué momentos o acciones se produce.

**Pregunta 5:** ¿Qué importancia crees que tiene la formación en conocimientos teórico-prácticos sobre humanización del cuidado? Redondea un número de la siguiente escala, sabiendo que 1 nada frecuente y 5 muy frecuente.

1      2      3      4      5



**ANEXO 4.** **Rejilla** sobre los factores que **deshumanizan** la asistencia sanitaria.

**EXPERIENCIA CON LOS FACTORES QUE DESHUMANIZAN LA  
ASISTENCIA SANITARIA**

Como hemos visto la humanización de la asistencia no es únicamente cuestión de los profesionales de salud.

A continuación, comenta las siguientes ideas en base a tus experiencias que has vivido o conocimientos que poseas:

1. Factores que deshumanizan la asistencia sanitaria (no tiene por qué ser exclusivamente desde el cuidado enfermero).
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
2. ¿Te has sentido alguna vez en una situación poco humanizada? ¿Cómo fue? ¿Cómo te sentiste?

**ANEXO 5. Ejercicio sobre los valores de la enfermera para humanizar el cuidado.**

**VALORES DE LA ENFERMERA PARA HUMANIZAR EL CUIDADO AL FINAL DE LA VIDA**

Maite es una mujer de 60 años con una enfermedad terminal que lleva ingresada varios meses y ya le han comunicado que su pronóstico es malo. Esta tarde eres su enfermera y te pide que te quedes en la habitación un poco con ella, que tiene ganas de hablar.

Posibles formas de actuar frente a la conversación con ella:

1. Adoptar una actitud de empatía, escucha activa, respeto, compasión y sinceridad.
2. Desde una actitud fría y sin atender demasiado lo que nos cuenta.

**ANEXO 6.** Frases sobre comunicación en enfermería al final de la vida.

**LA COMUNICACIÓN EN ENFERMERÍA AL FINAL DE LA VIDA**

Estas son algunas frases sobre la comunicación en nuestra profesión:

- La comunicación es la vía a través de la que relacionarse con los pacientes y la familia.
- La comunicación es unidireccional: del profesional de enfermería al paciente y la familia.
- El objetivo de la comunicación es meramente informativo.
- La comunicación es solo lo que decimos, la manera en la que lo decimos no influye en absoluto.
- No es necesaria la formación en comunicación, se puede hacer de cualquier manera.
- Si el paciente pide información tiene derecho a saber, no debemos desoír lo que nos pide.
- La comunicación al final de la vida es difícil por la alta carga emocional, no hay que tener miedo y hay que transmitir confianza.

**Preguntas respecto a la comunicación:**

¿Qué idea tienes de la comunicación?

¿Cómo debe darse la comunicación entre el profesional y el paciente?

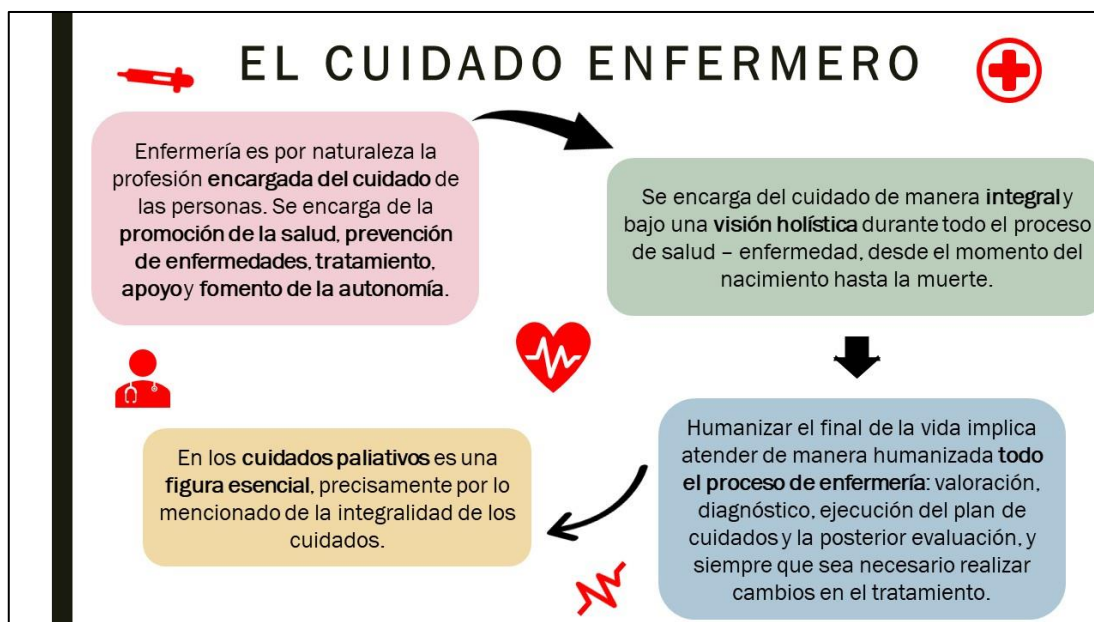
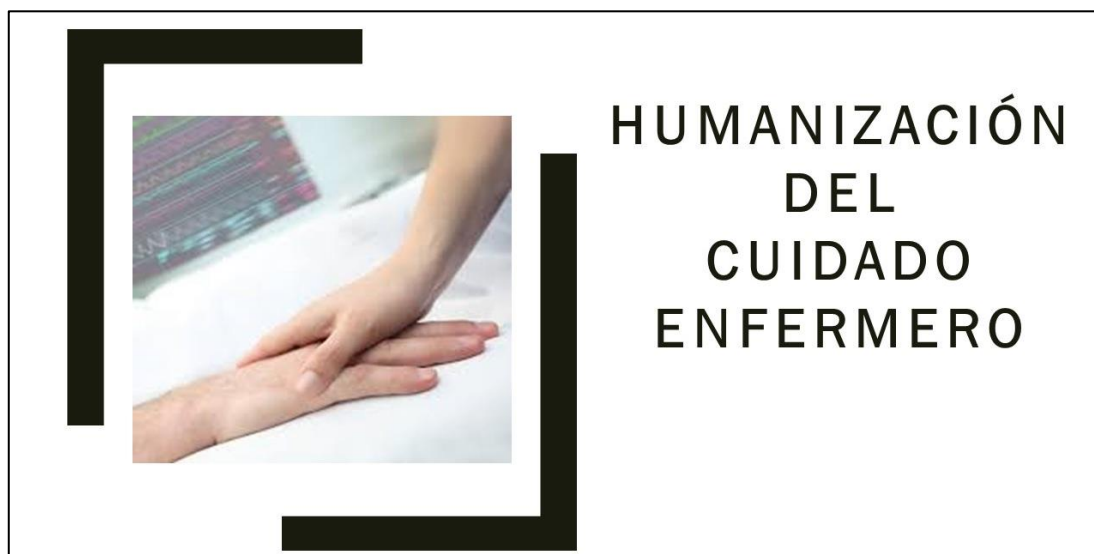
¿Qué influencia crees que tiene la comunicación en el proceso de salud-enfermedad?


¿Qué factores intervienen en la comunicación?

¿Es un proceso sencillo? ¿O hay que aprender técnicas para hacerlo?

¿Cómo mantendrías una comunicación eficaz?

ANEXO 7. Presentación sobre la humanización del cuidado enfermero.






**ACTUACIÓN  
HUMANIZADA  
DE  
ENFERMERÍA**


- 1** Valorar la pérdida de calidad que provoca la enfermedad, cómo afecta al paciente y cómo afronta la situación.
- 2** Conseguir equilibrio físico, psicológico y ambiental.
- 3** Ayudar al médico a la hora de comunicar al paciente y la familia la información relacionada con el diagnóstico y cambios en el plan de cuidados.
- 4** Educación con la familia sobre aspectos para mejorar la estancia del paciente: alimentación, higiene, cambios posturales, etc.
- 5** Ayudar a prevenir situaciones de crisis y estrés.
- 6** Prevenir complicaciones por el encamamiento del paciente.
- 7** Asegurar la continuidad de cuidados tanto dentro como fuera de la unidad, coordinando con otras unidades cuando sea necesario.
- 8** Preparar al paciente y familia ante altas al domicilio o cambios hospitalarios.
- 9** Dar apoyo a la familia en el proceso de muerte y duelo.
- 10** Trabajar en equipos interdisciplinarios.

## NECESIDADES DE LOS ENFERMOS EN LA FASE FINAL DE LA VIDA




**Necesidades de los enfermos en la fase final de la vida**

<b>Fisiológicas</b>	Buen control sintomático.
<b>Pertenencia</b>	Estar en buenas manos. No sentirse como una carga.
<b>Amor</b>	Poder expresar afecto y recibirlo.
<b>Comprensión</b>	Explicación de los síntomas y la enfermedad. Hablar y entender el proceso de morir.
<b>Aceptación</b>	En relación a su ánimo y sociabilidad.
<b>Autoestima</b>	Participar en la toma de decisiones.
<b>Espirituales</b>	Búsqueda del significado y propósito de la vida.



El cuidado humanizado enfermero está enfocado a atender todas las necesidades del paciente, independientemente de su origen, así como intentar hacer que se sienta lo más cómodo posible.



## ASPECTOS QUE INCIDEN EN LA COMODIDAD DEL PACIENTE



### FÍSICOS

Movilidad, comunicación, actividades de la vida diaria, grado de alerta, escalas de funcionalidad.



### EMOCIONALES

Ajuste psicológico anterior, depresión, ansiedad, actitud ante la enfermedad, tratamiento, herramientas para enfrentarse a las adversidades.



### SOCIALES

Redes de apoyo individual y grupal, seguridad económica, rol en su familia y cómo se ve afectado por la enfermedad.

### NIVEL DE COMODIDAD



Valoración global de dolor, náuseas, vómitos, prurito y estreñimiento.

## BIBLIOGRAFÍA

- Astudillo, W., Mendinueta, C., & Astudillo, E. (2008). *Cuidados del enfermo en el final de la vida y atención a su familia* (Quinta edi). Navarra: EUNSA.
- Bátiz, J. (2019). Ante la muerte ¿cómo cuidar a las personas? *Revista Iberoamericana de Bioética*, (11), 1-14.
- López, E. (1998). *Enfermería en cuidados paliativos*. Madrid: Panamericana.

ANEXO 8. Role – playing.

**ROL – PLAYING: EL CUIDADO HUMANIZADO**

Mediante este ejercicio pondremos en práctica todo lo que hemos aprendido durante el taller. Cada grupo deberá representar la situación que le corresponda teniendo en cuenta lo comentado hasta ahora.

1. Entrás a una habitación y te encuentras al paciente llorando desconsoladamente. ¿Cómo actuarías?
2. Llevas una mañana con mucho trabajo y sin parar, enseguida se acaba el turno y aún te queda alguna cura y medicación por repartir. Sin embargo, entras a una habitación y el paciente pide que te quedes un poco que quiere hablar contigo. ¿Qué haces? ¿Cómo actuarías?
3. Momento de hacer las curas. El paciente en cuestión tiene la herida en la zona inguinal y cuando te dispones a destapar la zona, él se niega y te dice que prefiere que lo haga un hombre. ¿Cómo respondes?
4. Uno de tus pacientes ha fallecido durante el turno de tarde. ¿Cómo actuarías con el paciente y la familia?

ANEXO 9. Check-list para evaluar el role-playing.

CHECK-LIST PARA LA REPRESENTACIÓN	
Rellenad el siguiente formulario para valorar la representación mediante role-playing de los compañeros:	
<b>Presentación personal ante el paciente</b>	5. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/>
<b>Lenguaje verbal</b>	5. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/>
<b>Lenguaje no verbal</b>	5. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/>
<b>Valores y cualidades necesarios para humanizar el cuidado</b>	5. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/>
<b>Uso de acciones que humanizan el cuidado</b>	5. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/>
<b>Cumplimiento de las indicaciones</b>	5. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/>
<b>OBSERVACIONES:</b>	



**ANEXO 10.** Cuestionario de satisfacción para los participantes.

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN					
Marca la casilla correspondiente a cada ítem según tu opinión.					
<b>OBJETIVOS</b>	Muy bien ..... Mal				
- Cumplimiento de los objetivos.	5. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>
- Satisfacción con las expectativas personales.	5. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>
<b>CONTENIDOS</b>					
- Profundidad del tema.	5. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>
- Metodología utilizada.	5. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>
- Claridad de los contenidos.	5. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>
- Calidad del material.	5. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>
- Utilidad para tu profesión.	5. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>
<b>ORGANIZACIÓN</b>					
- Duración de las sesiones del taller.	5. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>
- Horario de las sesiones del taller.	5. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>
- Lugar de realización.	5. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>
<b>PROFESORADO</b>					
- Conocimiento de la materia.	5. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>
- Disposición para el diálogo.	5. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>
- Capacidad de adaptación a las necesidades.	5. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>
- Capacidad para estimular el grupo.	5. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>
<b>GENERAL</b>					
- ¿Qué es lo que más te ha gustado del curso?					
- ¿Qué es lo que menos te ha gustado del curso?					
- ¿Cómo crees que se puede mejorar el curso?					
- ¿Cómo te has enterado del curso?					
<b>OBSERVACIONES</b>					

**ANEXO 11.** Evaluación del equipo docente (memoria).

**EVALUACIÓN DEL EQUIPO DOCENTE**

**1. Evaluación de la estructura del programa**

- Objetivos y contenidos:

**2. Evaluación del proceso de desarrollo**

- ¿Las técnicas elegidas han sido las correctas?
- ¿Se ha ajustado cada actividad al tiempo previsto para ellas?
- ¿Se ha conseguido una actitud participativa del grupo? ¿Hemos conseguido captar su atención?
- Por parte del educador, ¿se ha llevado a cabo las habilidades y aptitudes necesarias y correctas?

**3. Evaluación de los resultados**

- ¿Hemos dispuesto del tiempo, lugar y materiales adecuados?
- ¿Hemos echado en falta algún material/recurso humano / tiempo extra...?
  - Espacio
  - Horario
  - Materiales

**OBSERVACIONES:**

**ANEXO 12.** Hoja para el control de asistencia.

**HUMANIZAR EL CUIDADO ENFERMERO AL FINAL DE LA VIDA**

NOMBRE Y APELLIDOS	SESIÓN 1	SESIÓN 2